



Facultad del Ejército
Escuela Superior de Guerra
“Tte Grl Luis María Campos”



TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Título: “La problemática de las bajas voluntarias de los médicos militares y su influencia en el normal funcionamiento operativo de la fuerza.”

Para acceder al título de Especialista en Planeamiento y Gestión de RRHH de OOMMTT presenta el Mayor DANIEL GONZALEZ MELO

Director de TFI: GB José Antonio SAUMELL ROBERT

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de junio de 2025.-

Agradecimientos

Este trabajo lo he abordado con firme compromiso con aquellos médicos militares en actividad o que ya no pertenecen a la fuerza y que guardan un profundo respeto y amor por la profesión militar. En primer lugar, quiero agradecerle a mi esposa Silvana, por acompañarme en cada momento de mi vida, sabiendo entender las ausencias y acompañándome en esas largas noches de estudio, a mis hijos, razón de mi existencia, mi fuerza y mi esperanza. Al GB José Antonio SAUMELL ROBERT por el apoyo incondicional, sus consejos y guía en la realización de este trabajo, a los muchos médicos militares que les interesó el tema y pusieron su grano de arena para que este trabajo se pudiera realizar, sin ellos, no hubiera sido posible tener tanta información valiosa, y por último a mi Dios fuente de toda verdad y justicia, esperanzado y agradecido por sus bendiciones constantes y por darme la fortaleza en cada momento de flaqueza, a todos ellos muchas gracias.

Resumen.

La finalidad del trabajo es abordar la problemática que surge por las bajas de los médicos militares una vez obtenido el título de especialista.

El estudio académico está orientado, a entender cómo es el sistema mediante el cual los profesionales médicos egresados de las universidades nacionales y privadas deciden realizar sus especialidades, incorporándose a las filas del ejército. Luego, realizar un análisis de cuáles son las causas de su éxodo de la Fuerza.

Se presentarán datos estadísticos de la situación actual, analizando las promociones de médicos militares egresados del CMN a partir del año 2015 hasta la actualidad. Por otro lado, se presentarán datos recogidos de más de 70 cuestionarios respondidos por médicos militares en actividad y por ex médicos militares que han solicitado la Baja Voluntaria de la fuerza, también, se utilizarán los factores motivacionales de Maslow y Herzberg para comprender la problemática planteada.

Finalmente, se propondrá acciones para corregir el desvío del sistema, que permita una posible solución a la problemática de la Fuerza. Se busca proponer una solución de fondo teniendo en cuenta los recursos reales con que cuenta la fuerza, obteniendo un beneficio para el personal militar del Ejército y sus familias.

En la investigación han participado diversos miembros benefactores, a saber: el asesor de pases de Sanidad del Ejército Argentino, Jefes de Servicios médicos de los Hospitales Militares y Jefes de Residencias médicas, personal de Oficiales Superiores y Jefes que han tenido personal médico a cargo o han estado relacionado con el área de interés.

Palabras Claves. Médicos Militares – Motivación – Bajas de médicos militares – Paramédicos en el Ejército

Índice

Agradecimientos	i
Resumen	ii
Introducción	2
Miradas sobre esta problemática	7
Capítulo I: Describir y analizar el sistema de incorporación actual en comparación con el sistema anterior.....	9
• Sistema de Residencias Médicas en Argentina	9
• Función del Hospital como instrumento de formación de un sistema.....	14
• Evolución Histórica del sistema de incorporación del Ejército	16
• Aplicación del nuevo sistema.....	18
Capítulo II: Identificar cuáles son las causas principales de desmotivación luego de finalizada la especialización.....	22
• Detalles estadísticos del 2015 al 2023.....	23
• Relación de las teorías motivacionales con la permanencia de los médicos militares en la fuerza.....	30
• Datos de los cuestionarios completados por los médicos militares.....	35
Capítulo III: Identificar y proponer posibles acciones que permitan incrementar la motivación de los profesionales médicos para permanecer en la fuerza.....	36
Capítulo IV: Paramédicos, una solución a un problema operativo.....	44
• Definición, orígenes y su desarrollo en Argentina.....	44
• Similitudes y diferencias entre enfermeros y paramédicos.....	45
• Los Paramédicos y los ejércitos.....	47
• “Paramédicos Militares: Una solución Operativa ante la escasez de Profesionales Médicos en la Fuerza”.....	51

Conclusiones finales	55
Referencias	58

Introducción

El área de personal del Ejército Argentino tiene como responsabilidad el desarrollo de la función Sanidad. El ROD 19-01 Logística de Personal (2004) reza que la función sanidad está relacionada con la conservación y recuperación de la aptitud psicofísica del personal, su evacuación, hospitalización, y las tareas afines que hacen a otras funciones de personal como selección psicofísica del personal, reingreso del personal recuperado al sistema de reemplazos y llevar el control y registro necrológico.

La función de Sanidad es llevada a cabo por el servicio de Sanidad, tanto en la paz como en la guerra, lo cual, lo vuelve un servicio fundamental para el funcionamiento de la fuerza. El servicio de Sanidad brinda atención médica y sanitaria al personal en actividad, al personal en situación de retiro y también, a los familiares directos del personal militar mediante la obra social vigente en la fuerza (IOSFFAA).

El Ejército Argentino ha sabido nutrirse de médicos incorporando profesionales recibidos de las universidades públicas y privadas del país, que luego de un proceso de formación de oficiales en el Colegio Militar de la Nación y ya con una formación militar básica, se les otorga una jerarquía de oficial que actualmente es la tercera jerarquía de oficiales, Teniente Primero.

A partir de esta oportunidad que le brinda el Estado Militar, el personal de médicos militares realiza su especialidad médica a través del sistema de Residencias en los Hospitales Militares, que luego les permite ser destinados a cumplir sus funciones en las unidades y hospitales militares de la Fuerza.

El Oficial Médico Militar es un ciudadano profesional ya constituido como médico, sin embargo, completa su formación académica dentro de los hospitales militares realizando una residencia para obtener el Título de Médico Especialista. Posteriormente, continúa prestando servicio en las unidades de la Fuerza como Oficial médico del Ejército Argentino.

Un Oficial Médico Militar formado en los valores de la institución no es semejante a un médico civil, ya que el mismo está comprometido intelectual, física y moralmente con los hombres que prestan servicio con él y con la misión del Ejército como parte de la defensa nacional. En muchas oportunidades, la especificidad de este personal, que cuenta con dicha formación militar básica, es apreciada erróneamente como si se tratase de un ciudadano desconocido de la profunda responsabilidad que tiene por su estado militar, sin embargo, basta con conocer los Hospitales Militares y recorrer los pasillos, para observar el esfuerzo, el cansancio, la preocupación por el personal, el sentido de pertenencia y el orgullo que lo invade por pertenecer a la fuerza.

Aparte de prestar servicio en los hospitales militares, también prestan servicios en las unidades a lo largo y ancho de nuestro país. En cada unidad operativa encontramos médicos militares acompañando las actividades: en la Montaña, en el Monte, en la Patagonia, o en la Puna, siempre hay un médico para asistir a nuestros hombres, se trata del capital más importante que posee la fuerza. La vocación del médico militar no es puesta en duda en este trabajo, lo que se busca es analizar los factores motivacionales que provocan la deserción de los mismos de las filas del Ejército.

En los últimos años, se divisó un notable incremento de oficiales médicos militares que han solicitado voluntariamente la Baja de las filas del Ejército en busca de mejores propuestas laborales en el ámbito privado, provocando con ello, escases de médicos especialistas y, por lo tanto, ineficiencia, cierre de servicios en hospitales militares por falta de médicos que atiendan a los pacientes o sobrecarga en el sistema que provoca aún mayor abandono.

A esta problemática, se suma la necesidad orgánica de la Fuerza de contar en los destinos con médicos para llevar adelante las actividades de instrucción y adiestramiento, como también, en las guarniciones más alejadas, brindar el apoyo sanitario a las familias del personal destinados en esas unidades.

Lo asombroso de esta problemática es la tendencia, cual paradigma, a priori, a dar por certero que el Médico Militar solicita la Baja voluntaria solamente por razones económicas. Esto se debe a que no se comprende cuáles son los factores motivacionales que llevan a un médico a incorporarse a la fuerza y se inclina a tener una visión cegada de los mismos, con tintes míticos de comparación entre un Oficial Médico y un Oficial de las Armas o de las Especialidades de intendencia o Arsenales, sin atender que la naturaleza de dichos miembros, es distinta.

Se demostrará que el motivo es multicausal y que el problema no se agota de manera hermética en el ámbito económico, más bien, se involucran otros aspectos como lo son de capacitación, de programas de estímulos, de reconocimiento y de selección previa a ingresar a la fuerza.

El objetivo general de este trabajo es establecer las causas y posibles soluciones para evitar la pérdida de motivación de los médicos militares para permanecer en la fuerza. Para lo que se ha dividido la investigación en tres capítulos: el primero de ellos consta de objetivos específicos en los que se busca describir y analizar el sistema de incorporación actual en comparación con el sistema anterior, el segundo, pretende identificar cuáles son las causas principales de desmotivación luego de finalizada la especialización; y finalmente, el último de ellos que aspira a identificar y proponer posibles acciones que permitan incrementar la motivación de los profesionales médicos para permanecer en la fuerza

El problema que se plantea es la baja masiva en los últimos años de los médicos militares de la fuerza luego de la obtención de la especialización en un corto periodo de tiempo que provoca serios inconvenientes al momento de mantener los servicios operativos en los hospitales militares.

La problemática del sistema sanitario en Argentina ya se ha vuelto una realidad cada vez más preocupante, y el Ejército, no es ajeno a ello, de hecho, en los medios de comunicación

es observable el incremento de los permanentes ecos en reclamo por los salarios, por capacitación y por mejoras en cuanto condiciones laborales. El éxodo de profesionales en Argentina es alarmante, en su artículo para el diario La Nación “¿Quién nos va a cuidar?” realizado el 18 de mayo de 2023, Fabiola Czubaj dice:

Vivir de guardia, no tener descanso suficiente, alcanzar un techo en lo jerárquico para avanzar en la carrera y carecer de incentivos para la dedicación a la docencia y la investigación están entre las principales deudas. Médicos desbordados, que atraviesan situaciones de estrés a diario y perciben sueldos que no rinden, explican el éxodo de profesionales. (Czubaj, 2023)

A este gran problema existente en la Argentina de innumerables profesionales que deciden emigrar en busca de mejores condiciones laborales, se suma la problemática interna del Ejército. La falta de presupuesto que afecta en general a la fuerza, también afecta a una parte sensible de los miembros, la salud del personal y de la familia militar.

A nadie escapa la importancia de contar con el servicio de los médicos militares para la fuerza, tanto para el cumplimiento de su misión principal como para el cumplimiento de cada una de sus misiones subsidiarias. Sin embargo, la primera impresión, nos hace atribuir el éxodo de los médicos a lo estrictamente económico, y ya veremos, a lo largo del trabajo, que no es solamente económico el problema, sino que las causas son convergentes y multicausales.

En el año 2017, en la fuerza, se produjo un quiebre en el sistema de incorporación, al anexar los hospitales militares a la Universidad de Buenos Aires como centro de formación de Especialistas mediante el sistema de Residencias. Los médicos provenientes de las universidades públicas y privadas de todo el país que deseen contar con una especialización a futuro, en Argentina, tienen diversos caminos para acceder al título de Especialista. Una forma de hacerlo, es a través de una Residencia médica dentro de los cinco años de recibidos, sistema que se explicará en el capítulo I. La asignación de cargos (vacantes), se establece por estricto

orden de mérito, luego de rendir los exámenes correspondientes como se explicará más adelante.

Luego de la residencia, el médico militar es destinado a las unidades de la fuerza que, en algunos casos, son lugares inhóspitos que no permiten continuar con su capacitación. La instrucción del médico militar, al igual que cualquier profesional, es permanente y continua, en el caso de los médicos militares esas formaciones deben ser afrontadas con recursos propios y, en ocasiones, con poca o nula colaboración de la Fuerza.

Al iniciar la investigación surgieron algunos interrogantes considerados interesantes expresar: ¿Para que precisamos médicos militares? ¿Por qué no terciarizar el servicio con una empresa del ámbito privado? ¿Dónde, cuándo y cómo se va a emplear al médico militar? ¿Hasta dónde se puede flexibilizar el sistema para evitar Bajas? ¿Es necesario particularizar un plan de estímulo para el personal médico? ¿Cuál sería el impacto en el resto del personal, un sistema particularizado para el personal médico? Los puntos de vista al respecto han provocado grandes controversias, además, es necesario aclarar que los interrogantes no culminan en los pocos que se han mencionado, sin embargo, los resultados no cambian pese a las diversas opiniones, todas dignas de ser consideradas. No obstante, hay consenso, en que la fuerza precisa contar con el servicio de sanidad para el cumplimiento de su misión, que las ventajas de disponer con personal militar médico son innumerables en el desarrollo de las actividades y que los conocimientos profesionales como médico son prioritarios por sobre la instrucción militar para las necesidades diarias de la Fuerza, empero, esta no debe ser suprimida. Por el contrario, se afirma en general que la instrucción inicial en el Colegio Militar de la Nación es la marca indeleble que distingue al médico militar del profesional civil.

No es motivo de este trabajo hondar en el análisis de la vocación militar de los médicos, sino, en los factores motivacionales que influyen en su permanencia en la fuerza y la necesidad de visibilizar esta problemática e identificar posibles soluciones para permitir que la fuerza

mantenga los servicios en los hospitales militares y en las unidades para la atención médica del personal militar y sus familias.

Miradas sobre esta problemática.

En el proceso de investigación para este Estudio de Estado Mayor, se logró acceder a trabajos académicos muy interesantes relacionados a la problemática planteada, entre ellos, Manetti Cusa (2022) sobre los problemas que tiene la educación de posgrado y su relación con el sistema de Residencias médicas, en el que el autor afirma que “sigue siendo el mejor sistema de posgrado que poseen los médicos para realizar la especialización en el área de competencia de cada uno” (Manetti Cusa, F. 2022, pg. 14).

En el año 2009, los tesisistas Araya-Castillo Luis y Pedreros-Gajardo Margarita, en la Revista de Ciencias Sociales para la Universidad de Costa Rica realizaron un importante aporte en el estudio de los factores motivacionales y lo relacionaron con el mercado laboral de Chile del año 2009. Lo interesante de este estudio es la descripción que efectúan los autores de cómo influyen estas teorías en la personas en el mercado laboral. Si tomamos las teorías estudiadas por dichos estudiosos y lo llevamos a nuestro campo de estudio con los médicos militares, sin duda que tienen plena aplicación y el desafío está en buscar las herramientas que permitan minimizar este importante problema por el que atraviesa la fuerza utilizando las mismas como base en la toma de decisiones.

La población tomada para el análisis son las promociones egresadas desde el año 2015 al año 2022, estas son, ocho promociones egresadas del Colegio Militar de la Nación, con una totalidad de cuatrocientos cuarenta y dos médicos que iniciaron las residencias médicas en los hospitales militares.

Promoción 2015..... 58 Of Méd

Promoción 2019..... 50 Of Méd

Promoción 2016..... 55 Of Méd

Promoción 2020..... 72 Of Méd

Promoción 2017..... 54 Of Méd

Promoción 2021..... 50 Of Méd

Promoción 2018..... 49 Of Méd

Promoción 2022.....54 Of Méd

Promoción 2023..... 52 Of Méd

Promoción 2024.....51Of Méd

Como se aprecia en el listado de egresados del CMN, el promedio es de 55 médicos por año, desde el año 2015 a la presente fecha solicitaron la Baja Voluntaria un total de 442 Médicos¹, esto significa que el promedio de Bajas es de 44 médicos por año. El efectivo actual de fuerza en todas las jerarquías es de 1.005 médicos, a los que se agregan 33 médicos de Reclutamiento Local, es decir, 1.038 Médicos en total. Este año, 2023, se incorporaron 56 médicos y entre bajas y retiros se fueron 40 médicos a la fecha. Los números son alarmantes, ahora bien, cuando se analizan las bajas por Especialidad el problema se incrementa aún más. Por lo tanto, es imprescindible tomar decisiones que corrijan la curva que cae de manera precipitada.

¹ Ejército Argentino (2023). EMGE. DGPB. Asesoría de pases de Sanidad

Capítulo I: Describir y analizar el sistema de incorporación actual en comparación con el sistema anterior.

En este capítulo se precisará en la descripción y análisis del sistema de incorporación de médicos militares actual y el sistema de incorporación preexistente antes del año 2017.

Para entender la problemática que se encuentra atravesando la fuerza es necesario tener un conocimiento exhaustivo de cómo se fue gestando el sistema de residencias médicas en Argentina. Este capítulo, permitirá comprender por qué el sistema de incorporación de médicos militares se modificó a partir del año 2017, cuál es la ventaja de contar con el nuevo sistema para el Ejército y cuáles son los problemas que, en cierto modo, desató esta decisión en la Fuerza.

Cabe destacar, que tanto en el sistema anterior como en el actual existe un periodo de selección del personal por parte de la Fuerza, teniendo en cuenta que, en ambos sistemas, el profesional médico debe realizar el Curso de Desarrollo Profesional de Oficial del Cuerpo Profesional de Sanidad en el Colegio Militar de la Nación. El mismo cuenta con una duración de un cuatrimestre donde el médico militar debe cursar como Cadete profesional materias divididas en tres áreas del conocimiento: Área Académica, Área Instrucción Militar y Área Específica, las dos primeras con 5 materias cada una a diferencia de la última con 2 materias. Luego del egreso como oficial médico es destinado a los Hospitales Militares donde realizará, en los próximos cuatro años, sus respectivas residencias.

Sistema de Residencias Médicas en Argentina

Las primeras residencias en Argentina aparecen en la década del 50', posterior a la caída del General Juan Domingo Perón, como parte de un programa de modernización de la medicina impulsadas por un sector que se había opuesto al régimen peronista y que para la época

dominaban los gobiernos de las Facultades de medicina y de las principales organizaciones profesionales.

Bernardo Houssay fue uno de los principales referentes de la modernización de la educación médica en Argentina, orientando la educación médica a la práctica hospitalaria.

Sus pensamientos tuvieron mayor aceptación luego de recibir el Premio Nobel de Medicina en 1947, entre los múltiples cambios que proponía impulsaba la idea de un cuerpo docente con dedicación exclusiva a la formación científica.

Para obtener un posgrado en medicina, el camino que debe desarrollar el médico implica un gran esfuerzo y es poco esperanzador. Deben atravesar un sin fin de horas dentro de la facultad y otros tantos dentro de los hospitales ya que las currículas suelen estar divididas en tres ciclos: el biomédico, el clínico y el internado anual rotatorio que se realiza en un Hospital.

En Argentina, un Médico que obtiene el Título tiene varias opciones para realizar su carrera de Especialista o bien puede comenzar a trabajar una vez obtenida su matrícula otorgada por el Ministerio de Salud, esta es una peculiar diferencia que posee el país con otros debido a que en el extranjero para poder ejercer como médico es necesaria la carrera de especialista de manera ineludible.

La educación médica de posgrado en Argentina y mayoritariamente en el mundo está dada por el Sistema de Residencias Médicas. Este sistema fue creado y desarrollado por el cirujano estadounidense William Steward Halsted (1852-1922) luego de conocer el entrenamiento quirúrgico de los jóvenes médicos en Alemania, denominado de dicha forma debido a que los médicos “residen” en el hospital. En 1890, el estadounidense fue nombrado primer cirujano jefe del recién inaugurado hospital de la John Hopkins University de Baltimore y en 1892 fue nombrado primer profesor de cirugía en la escuela de medicina.

Hacia 1910 se realizó una investigación denominada el “Informe Flexner”, la cual determinó la falta de calidad en la educación de los médicos provocando el cierre de muchas

escuelas de medicina, generando la formación de juntas evaluadoras y la creación de las asociaciones de control tanto gubernamentales, como de cada especialidad.

En nuestro país, el sistema de residencias lo introdujo Tiburcio Padilla (1835-1915) en 1945 con la creación de la primera residencia de medicina en el Instituto de Semiología del Hospital de Clínicas. En 1950, bajo la dirección de Ricardo Finochetto, se crea la primera residencia de cirugía en el Hospital General Avellaneda, poco a poco, empezó a extenderse a otros servicios este sistema en el país.

En 1967, aparece el consejo nacional de Residencias Médicas (CONAREME), que tenía la responsabilidad de normalizar y evaluar las mismas. Este organismo dejará de existir en 1973 provocando un deterioro en la calidad de las residencias médicas, se desconocen las cantidades de especialidades y la distribución de las mismas. El sistema entra en un caos tal, con poca cooperación de los poderes públicos y de las organizaciones no gubernamentales o científicas. Recién 1979, se crea el Sistema Nacional de Residencias, mediante la Ley 22.127 de 1979, a través de la cual, se establece que el título de Especialista es otorgado por esa entidad por el solo hecho de haber aprobado la residencia y que los distintos Colegios Profesionales deben inscribir dicha certificación en los registros. Tiempo después, deja de funcionar este organismo y se crea el Comité de Evaluación de Residencias que evaluaba los aspectos pedagógicos asistenciales de aquellos que lo solicitaron. (Borrell Bentz, M. 2005).

En 1992, mediante la resolución Nro 5065/92-5, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación crea la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos Médicos para la Atención de la salud, con la finalidad de institucionalizar mecanismos de articulación entre organismos formadores y usuarios de dichos recursos (Manetti Cusa, F. 2022).

Esta comisión va a detectar varios problemas, entre ellos, la mala calidad en la formación de profesionales, la necesidad de actualizar y homologar la acreditación, el menester

de actualizar y definir los procesos de certificación, la necesidad de consensuar pautas comunes y mínimas para certificar especialistas.

Estas y otras problemáticas hicieron que la comisión se planteara Objetivos de trabajo, como son, la creación de un marco de referencia en el tema de especialidades, creando un mapa actualizado de especialidades y Especialistas registrados, se debía establecer una normativa Nacional que contemple lo establecido en la ley Nro. 23.873 Ley del Arte de Curar, y la ley Nro. 24.541 Ley de educación superior. Se debía articular dos ministerios, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación.

En 1997, el Poder Ejecutivo Nacional, mediante el decreto Presidencial Nro 1424 pone en funcionamiento Las Comisiones Nacionales de Certificación y recertificación Profesional y de Acreditación de establecimientos Asistenciales, definieron el marco normativo básico de esos procesos.

Ese mismo año, se crea la Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de programas de Enseñanza de Posgrado de la República Argentina, pero esa entidad, no es evaluadora, sino que deja esa responsabilidad a las Sociedades de todas las Especialidades para que desarrollen ese rol.

Según expone Manetti Cusa, F. (2022) se establecen los requisitos para desarrollar un Programa de Residencia, los mismos son:

Las Instituciones: deben tener infraestructura armada acorde, con una Organización tal, que permita el normal desarrollo de los planes, medios y el personal necesario para asumir las responsabilidades de un programa de educación válido. Debe existir un Departamento de Docencia que desarrolle la coordinación. Deben proveer a los médicos residentes de los ámbitos de trabajo y privados necesarios, alojamiento, racionamiento, uniforme y su limpieza, cobertura médica y legal. Se debe prever una retribución digna.

Los Servicios: deben cumplir con todos los requisitos y disponer de todos los recursos que las sociedades de cada especialidad hayan determinado para su categorización con un esfuerzo para alcanzar la extensión máxima de su horario de atención. Deben contar con procedimientos establecidos de diagnóstico y terapéuticos.

Los Directores de Programas: deben poseer las condiciones personales, técnicas, docente y administrativas que le permita ejercer el liderazgo natural y una actitud de apoyo y consulta permanente con los médicos residentes.

Los médicos de planta: son los instructores naturales de los médicos residentes y responsables por la atención de pacientes que derivan de su actividad. Tal responsabilidad quedará documentada al avalar con su firma la historia clínica y todo trámite por escrito sobre la asistencia de enfermos que produzca el médico residente.

Los programas: las sociedades de cada especialidad deben elaborar y mantener actualizado un programa básico que defina el objetivo de formación, los contenidos curriculares correspondientes y los indicadores fácilmente verificables que permitan su evaluación y acreditación periódica por sus pares. Se entiende por Programa Básico aquel que cumple con los objetivos fijados y estándares determinados.

En concordancia con lo explicado anteriormente, a modo de ejemplo: el Programa Educativo de Residencia de Clínica Médica del HMC año 2022 establece, en primer lugar, que es Programa de residencia médica de Tipo/ Básica, Especialidad/Clínica Médica, Duración/ 4 años. A su vez, se colocan todas las autoridades competentes en el proceso, desde el Director del HMC, Director médica del HMC, el Director operativo, el responsable del Dpto Medicina, el responsable del Dpto Docencia, Investigación y Desarrollo, se establece el Instructor de Residentes y los Jefes de residentes (En este caso año 2022, 2 Médicos Militares)

Una vez establecidas las autoridades, se coloca el perfil de egresado, el cronograma de rotaciones, los Objetivos por año, el contenido por cada año, y el cronograma semanal de

Actividades de la residencia de clínica médica, cuáles serán los recursos y cuál será la evaluación. Todo detalladamente desarrollado en el documento. Cada documento de evaluación es establecido en una directiva que se denomina “Instrumento de Evaluación de Residencias” Año 2022 de la Secretaría de Políticas y Regulación y Relaciones Sanitarias dependiente de la Subsecretaría de Políticas y Regulación y Fiscalización de la Dirección nacional de Capital Humano y salud Ocupacional. La intención es dejar constancia de que está perfectamente establecido cuáles serán los instrumentos de evaluación que tendrán todos los profesionales por igual.

Función del Hospital como instrumento de formación de un Sistema

El Hospital sigue siendo el ambiente primordial para la práctica formativa médica y debe ser considerado como parte fundamental de un sistema de salud. “Es considerado como una institución compleja, cooperativa y multidisciplinaria, destinada al cuidado de la enfermedad y al restablecimiento de la salud” (Borrell Bell, 2005, pg.23).

Los pacientes son el fin último de un Hospital y son los médicos los responsables directos del cuidado de los pacientes, de establecer los servicios que deben recibir. El médico no puede obrar sólo, sin una estructura de enfermeros, camilleros, instrumentadores, técnicos etc. Todos en una simbiosis dentro del Sistema Hospital.

Hoy con una medicina cada vez más especializada, que ha aumentado notablemente la expectativa de vida del ser humano, es necesario que el Hospital cuente con todos los servicios, es por ello, que no puede prescindirse de la formación de los distintos especialistas y en consecuencia de las distintas residencias. Especialistas que se logran mediante una ardua preparación intelectual y práctica.

Los sistemas de salud del continente americano, en los cuales están inmersos los Hospitales, presentan tres subsectores: el subsector público, que cubre fundamentalmente a

sectores de la sociedad con menores ingresos; el subsector de la seguridad social, que cubre a los trabajadores del sector formal y en algunos casos, como es el caso del personal militar, de sus dependientes; y, el subsector privado que por lo general cubre las necesidades de los sectores de mayores ingresos.

Houssay decía "...la enseñanza clínica debe ser rigurosamente individual. Se alcanza por la asistencia reiterada y persistente de pacientes, a los que se debe observar minuciosamente, con técnica exacta y segura, empleando todos los recursos con una crítica rigurosa. Esto solo puede hacerse en el hospital" (Houssay, pg.4)

La residencia le permite al médico ejercer la especialidad con una estructura de profesores que apuntalan sus procedimientos y decisiones, a su vez, tiene su carácter social al atender a pacientes. El éxito de este sistema rápidamente se instauró en la práctica de la medicina y a mediados de la década del '50 se habían abierto muchas residencias. Sin embargo, comenzaron a aparecer desequilibrios entre las funciones asistenciales de los residentes y el carácter educativo de las residencias, debido a la falta de remuneración de los mismos. Los reglamentos de la época decían que los cargos de residentes no debían verse como un empleo sino como una oportunidad de formación de posgrado de carácter práctico, y la remuneración que recibía no era por los servicios prestados sino para que subsista económicamente durante el período educativo (Manetti Cusa, F. 2022).

Al expandirse tuvieron que crearse reglamentos y consensos para integrar a estos nuevos profesionales al sistema hospitalario. El sistema era muy productivo y los médicos residentes adquirirían rápidamente experiencia clínica al pasar todo el día en el hospital.

La intervención del Estado fue fundamental para la expansión de este sistema, el mismo quedaba bajo la supervisión de la Escuela de Salud Pública y se estableció el sistema de residencia hospitalaria para los establecimientos asistenciales dependientes del Ministerio de Asistencia Social y Salud pública de la nación, como también, se aprobó el Reglamento para

Residencia Médica Hospitalaria. En la misma dirección la Asociación Médica Argentina aprobó en 1961 un documento sobre el sistema de residencias médicas (Manetti Cusa, F. 2022).

En 1972 se sanciona la Ley 22.127 Sistema Nacional de Residencias que creó el Consejo Nacional de Residencias de la Salud (CONARESA) con funciones de conducción del sistema. A partir de allí, se le da vigencia a la residencia y su aprobación era condición suficiente para el reconocimiento como especialista, sin embargo, fueron las Sociedades científicas las que consolidaron el sistema estableciendo como mínimo de 3 a 4 años su duración. La incorporación de residentes a las instituciones permitía potenciar sus atenciones y servicios como así también, poseer especialistas con una educación de calidad.

Evolución histórica del sistema de incorporación del Ejército y de las residencias médicas

La historia de la medicina e historia militar reconocen como primeros hitos de la sanidad militar la creación del Protomedicato en Buenos Aires en 1780, el dictado del primer curso de medicina en esa ciudad por el doctor Cosme Argerich en 1801 y la fundación del Instituto Médico Militar en 1815. A lo largo del siglo XIX se ha destacado el papel de la sanidad militar en la formación académica y el ejercicio profesional de los médicos por los conocimientos y experiencias adquiridos por los médicos militares en la Guerra de Independencia, la Guerra contra el Brasil, las “guerras civiles”, la Guerra de la Triple Alianza contra el Paraguay, la “Campaña al Desierto” y campañas navales (De Marco, 1998; Veronelli y Veronelli Correch, 2004; Pégola, 2014).

Los médicos del Ejército Argentino a principios del siglo XX, ingresaban a esa Fuerza Armada como estudiantes avanzados de la carrera de medicina, completando sus estudios específicos en sanidad militar en la Escuela de Aplicación de Sanidad Militar creada en 1898 y desde 1910 denominada Escuela de Aplicación de Medicina Militar; o bien se incorporaban tras graduarse como médicos en la universidad. Iniciaban su carrera militar como personal

“asimilado” con el grado de cirujano de cuerpo (equivalente a teniente primero en el cuerpo combatiente) y podían alcanzar la máxima jerarquía como cirujano mayor (correspondiente a general de brigada) (Soprano, G (2021).

El proceso de modernización de la sanidad militar mediante un profundo interés en la profesionalización se remonta a 1888, con la promulgación de la ley Nro 2377 que establecía la Orgánica del cuerpo de Sanidad del Ejército Argentino y de la Armada, a través de esta Ley se les concede el “Estado Militar” al personal de sanidad y se crea el Cuerpo de sanidad con médicos, farmacéuticos, dentistas, y veterinarios.

Con la ley y su reglamentación también se les concede la equivalencia de grados entre el cuerpo de oficiales médicos y el de oficiales combatientes y se establece la escala:

- ✓ Cirujano Mayor/General de Brigada
- ✓ Cirujano de Ejército/Coronel
- ✓ Cirujano de División/Teniente Coronel
- ✓ Cirujano de Brigada/Mayor
- ✓ Cirujano de Regimiento/Capitán
- ✓ Cirujano de Cuerpo/ Teniente Primero

Con el correr de los años la medicina se fue especializando cada vez más y el ejército no fue ajeno a estos cambios. Tal es así, que en la década del 90´ se comienza a dictar las primeras residencias médicas en el hospital militar central.

En ambos sistemas, antes y después de año 2017, para acceder a las residencias médicas dentro del Ejército, los médicos egresados de las universidades públicas y privadas, previamente, deben inscribirse en el Colegio Militar de la Nación y realizar el curso de formación de Oficiales médicos del Ejército con una duración de cuatro meses, de manera presencial en la institución como cadete profesional.

La diferencia entre los dos sistemas está principalmente en donde los profesionales rinden el examen de admisión para las residencias. Ya se explicó que para ser Especialista el médico debe cumplir dos exigencias: la primera, una práctica de asistencia al paciente que lo realiza a través de las residencias médicas hospitalarias y, la segunda, académica que, de acuerdo a la Especialidad, la realizan en las distintas Asociaciones o Universidades, es decir, que no alcanza solamente con tener una residencia completa. Sin embargo, en el sistema anterior, cuando el médico decidía hacer la residencia en el Ejército, rendía el examen en el hospital militar, hacía el curso del CMN y luego realizar los 4 años de residencia obtenía el título de Residencia completa. A su vez, cursaba y rendía en las Asociaciones y con ambos requisitos, el Ministerio de Salud le concedía el título de Especialista. Este sistema, si bien concedía el título de Especialista, no permitía que el médico militar sea Especialista fuera de este ámbito, para poder ejercer como tal en el ámbito privado el mismo debía tener el aval de otra Institución, es por ello que nuestros médicos militares se encontraban en detrimento con respecto al resto.

Aplicación del nuevo sistema

En el año 2017, el Ejército toma la decisión de integrar al HMC como cede de la UBA, por lo tanto, los títulos otorgados por este están avalados por UBA y son reconocidos por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), organismo descentralizado del Ministerio de Educación de la Nación.

Ya en el año 1989, la Universidad de Buenos Aires (UBA), reglamentó las carreras de médicos especialistas con la aplicación del Estatuto universitario de 1966.

La Ley Nro 24.521 Ley de Educación Superior establece que será la CONEAU la responsable de acreditar las carreras de posgrado.

La acreditación de posgrados demanda un gran esfuerzo organizacional teniendo en cuenta que hasta el momento la CONEAU ha evaluado 10.472 trámites correspondientes a 6.277 carreras en funcionamiento y 4.195 carreras nuevas (antes denominados proyectos de carreras). A la fecha hay 328 carreras universitarias de Especialización en Medicina acreditadas en las universidades públicas y privadas. Los hospitales militares dictan residencias médicas de 17 Especialidades Básicas y 10 más de subespecialidades. Anualmente están condicionadas por los Recursos Humanos necesarios para desarrollar los distintos programas y la estructura necesaria de los servicios, para otorgar o no cargos/Vacantes. Eso termina repercutiendo también en el efectivo de médicos.

El médico que decide hacer su residencia en el ámbito de la fuerza debe previamente inscribirse en el CMN, para esta inscripción, se deberá realizar individualmente, como es solicitado a cualquier postulante al CMN, los estudios médicos de admisión y pagar un canon en concepto de derecho a examen. Luego, rendirá el examen unificado UBA donde el mismo quedará ubicado en un “Orden de mérito” que le permitirá acceder al cargo en los que se haya inscripto y que no haya sido ocupado por un médico con mejor promedio. Hipotéticamente que haya accedido por orden de mérito a la vacante de los Hospitales Militares, el mismo tiene asegurado su cargo para la residencia, sin embargo, debe ir al Colegio Militar de la nación para realizar el curso que se ha explicado anteriormente. Una vez egresado, comenzará su largo camino de residencia en el hospital militar donde obtendrá un certificado de “RESIDENCIA COMPLETA”, paralelamente a las horas prácticas y académicas de la residencia, realizará el curso de especialización en las sociedades o universidades habilitadas por las distintas Especialidades, es así por ejemplo que, los residentes de traumatología cursan y rinden en Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología (AAOT) y los residentes de clínica médica pueden cursar y rendir en la UBA, en la Asociación Médica Argentina (AMA) u otras universidades privadas como BARCELO, UAI, UCA, etc. Este cursado debe ser autofinanciado

por los causantes, con el certificado de Residencia médica y la aprobación del examen UBA se reciben de Médico Especialista y se le otorga el Título en el Ministerio de Educación de la Nación.

La principal ventaja de este sistema es que el título es oficial y está certificado por todos los organismos del Estado con valides nacional e internacional, que no pasaba con los títulos anteriores que debían rendir para certificar los títulos en el ámbito privado.

Como desventaja se puede apreciar que algunos de los médicos que acceden a las residencias del Ejército se vean sorprendidos por la cultura organizacional, ya que no era de su principal opción dicha elección.

Como se expresó en el párrafo anterior, la cultura organizacional cumple un rol fundamental en el hombre que abraza esta profesión, y los médicos cuando terminan la residencia chocan con las necesidades operativas de la fuerza, entre ellas, el cambio de destino común para los oficiales de las armas, pero no así para un profesional del ámbito privado. Es aquí, donde podemos aludir que el médico que se forma en tan solo 4 meses con dicha cultura organizacional muchas veces no se adapta al mismo ya que no le es muy a fin a sus deseos y proyectos de vida, eso contribuye notablemente en las bajas de los médicos, pero se ampliará este tema en el siguiente capítulo.

El sistema de incorporación se modificó porque era imperioso para la fuerza dar un salto de calidad educativa de sus oficiales médicos, en concordancia con lo que se viene realizando en toda la fuerza en materia de educación de sus cuadros.

El Ejército Argentino, tiene profundas políticas de educación, con perfiles y competencias de altos estándares para su personal y el incorporar a sus hospitales militares como centros de formación de la prestigiosa Universidad de Buenos Aires (UBA), y cumpliendo los requisitos estandarizados, como se desarrolló en el presente capítulo, mejora notablemente la calidad de sus profesionales.

El valor agregado que se produce al integrar la UBA con Los Hospitales Militares y la cultura organizacional de la Fuerza (reconocida gratificadamente en el ámbito privado), hace que sus profesionales médicos tengan en primer lugar, una excelente capacitación, con un prestigio que los vuelve blancos prioritarios de los departamentos de Recursos Humanos de muchas empresas de salud que desarrollan su actividad en el ámbito privado, ofreciendo mejores sueldos , capacitaciones pagas y en algunos casos mejores condiciones laborales.

Es por ello, que a la fuerza le está costando mantener sus médicos mde manera prolongada luego de obtenido el Título de médico Especialista, por lo que estará en las políticas de personal lograr revertir la curva cuanto antes, a lo se aportará con este trabajo en los siguientes capítulos.

Capítulo II: Identificar cuáles son las causas principales de desmotivación luego de finalizada la especialización.

En el presente capítulo se profundizará en identificar por qué los médicos militares piden la baja, cuál es el problema que se plantea, cuáles son sus causas, sus datos estadísticos. Se buscará mediante el análisis de los datos obtenidos tanto de números y progresiones como de opiniones concretas de médicos en actividad y médicos que han solicitado la baja voluntaria de las filas del ejército, los motivos que provocan la pérdida de motivación para permanecer en la fuerza.

Identificar los parámetros de variación nos permitirá profundizar en los factores motivacionales que se ven amenazados por el desvío de la realidad normada, generando la desmotivación de los médicos militares para permanecer en la fuerza, partiendo de la premisa que no se busca culpables imberbes de una realidad que pareciera ser un problema que no solo afecta a la fuerza. La realidad nos muestra que cada vez hay menos médicos en Argentina, lo que vuelve feroz la lucha por mantener o adquirir Recursos Humanos de salud capacitados, especialistas y formados con excelencia.

Como se expresó en el comienzo del trabajo se tomará una muestra de ocho promociones del CMN del año 2015 al 2022, sin embargo, inicialmente, para poder conocer y dimensionar la gravedad del problema se presentará toda la población de médicos militares tanto de los egresados del Instituto Colegio Militar de la Nación como de los médicos de Reclutamiento local, sistema que se creó para cubrir una necesidad operativa de la fuerza y que ya veremos más adelante, en el siguiente capítulo, que cobrará una relevancia superlativa.

Los datos expresados en este capítulo es un compendio de cruces de información entre la base de datos a la que se pudo acceder del CMN, junto con los de las residencias en los Hospitales militares y los que se obtuvieron de la Asesoría de pases de Sanidad. Al ser datos

sensibles se deja constancias que algunos de ellos pueden ser aproximados, pero la variación mínima de estos, no modifica el espíritu del trabajo.

Detalles estadísticos 2015-2023.

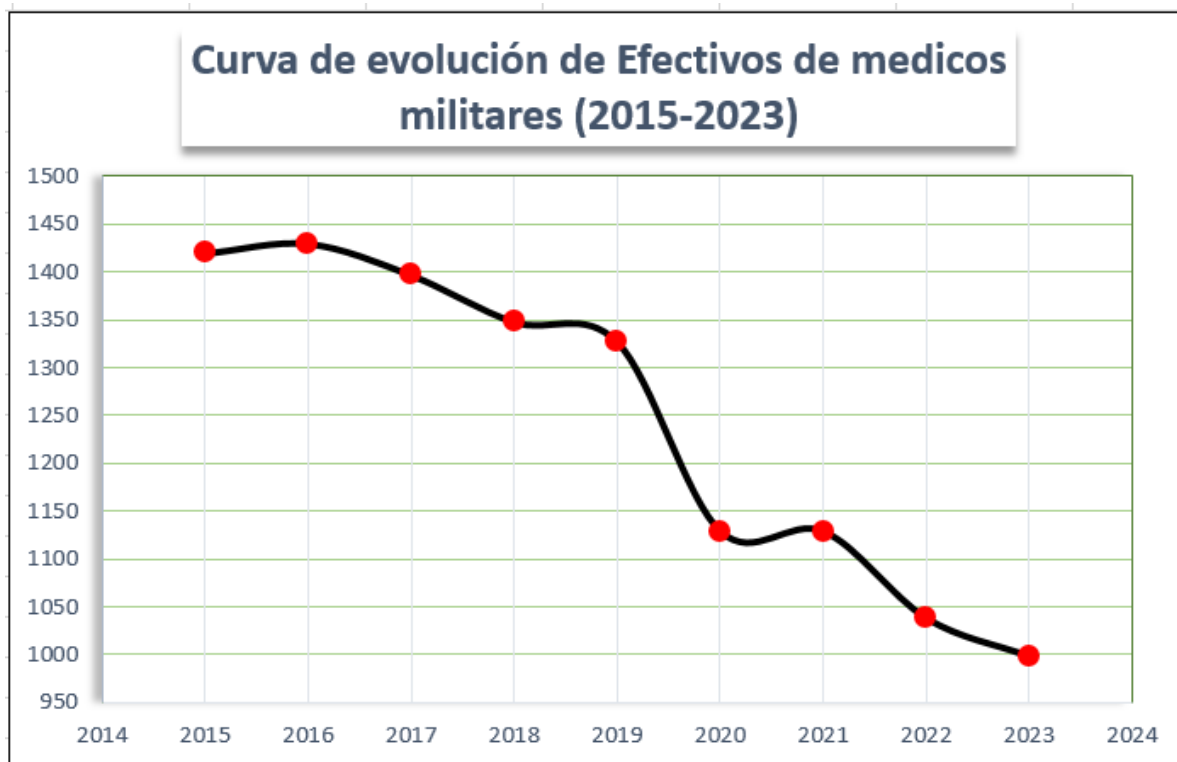


Fig. Nro. 1: Curva de evolución de Efectivos de médicos militares en el Ejército Argentino.

Fuente: Elaboración propia en base a Asesoría de pases de Sanidad (2023)

En el gráfico anterior (Fig Nro 1), se puede observar la grave situación que viene atravesando la fuerza desde el 2015 a la fecha en cuanto a efectivos de médicos, acelerando la caída a partir del año 2019.

En el año 2015, la fuerza contaba con un efectivo de 1.480 médicos y al día de hoy el efectivo es de 1.038 médicos teniendo en cuenta a los médicos de reclutamiento local, lo que nos da una variación de 442 médicos en 8 años que representa un 30% menos. Aún más grave es la situación cuando analizamos el cambio en cuanto a Especialistas ya que la caída por servicio es aun mayor.

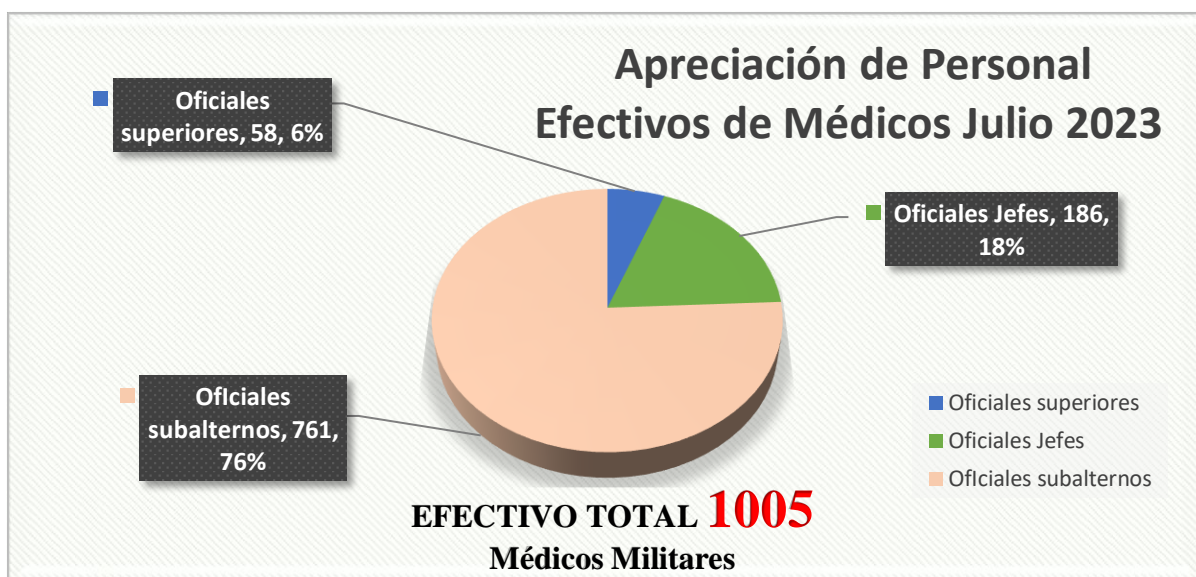


Fig. Nro. 2: Fuerza Efectiva de médicos militares por Jerarquía.

Fuente: Elaboración propia basado en datos de Asesoría de pases de Sanidad.

El problema se agrava aún más porque no se logra completar las vacantes de residencias, el motivo de ello, es que el médico residente durante sus 4 años de formación tiene bajos ingresos por su dedicación absoluta donde la actividad implica un gran esfuerzo, por lo que muchos profesionales deciden no realizar la residencia.

En el siguiente gráfico Fig 3, veremos la evolución de las vacantes, cómo se fueron proponiendo y cómo se fueron ocupando las mismas.

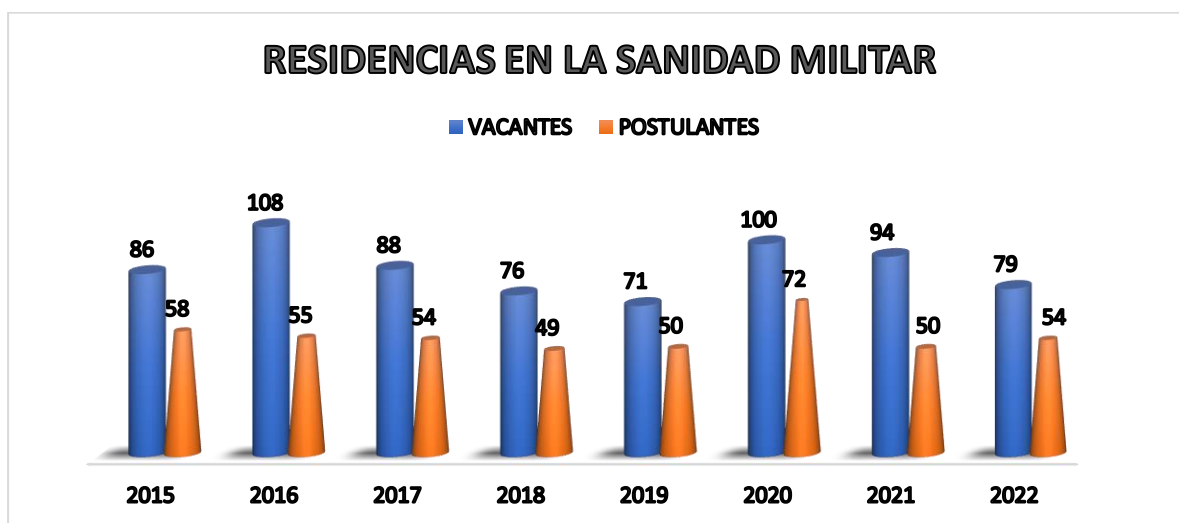


Fig. Nro. 3. Fuente: Elaboración propia en base a Vence (2023)

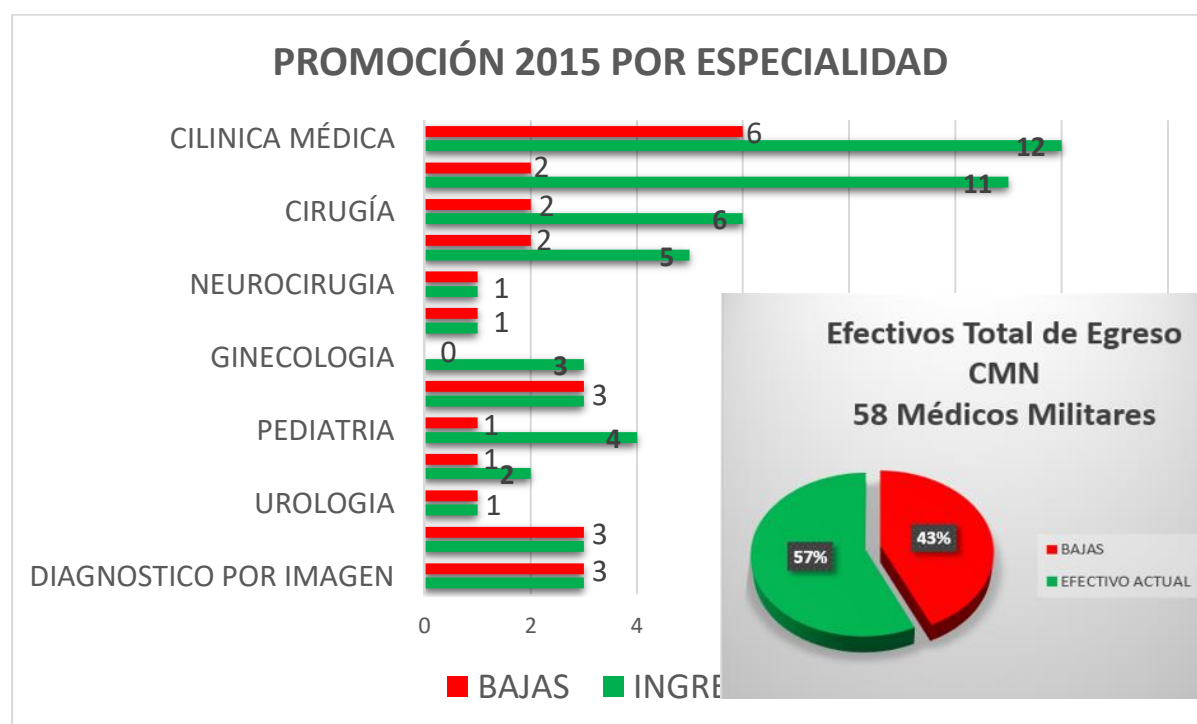
Se debe recordar que la asignación de vacantes no es aleatoria y no es la voluntad de la fuerza el único requisito, muy por el contrario, la asignación de vacantes está relacionada con estar en capacidad de acreditar, ante los organismos de control de la CONEAU, que se cuenta con la estructura, la organización, los servicios, etc., para ese número de vacantes como se explicó en el capítulo anterior.

Cuando los servicios del hospital pierden especialistas también pierden la capacidad para generar nuevos médicos especialistas de dicha área, ya que no cuenta con la planta de médicos permanentes necesaria para llevar adelante la residencia y en consecuencia esa residencia permanece cerrada durante dicho ciclo lectivo o el tiempo necesario hasta que vuelva a tener las condiciones para hacerlo.

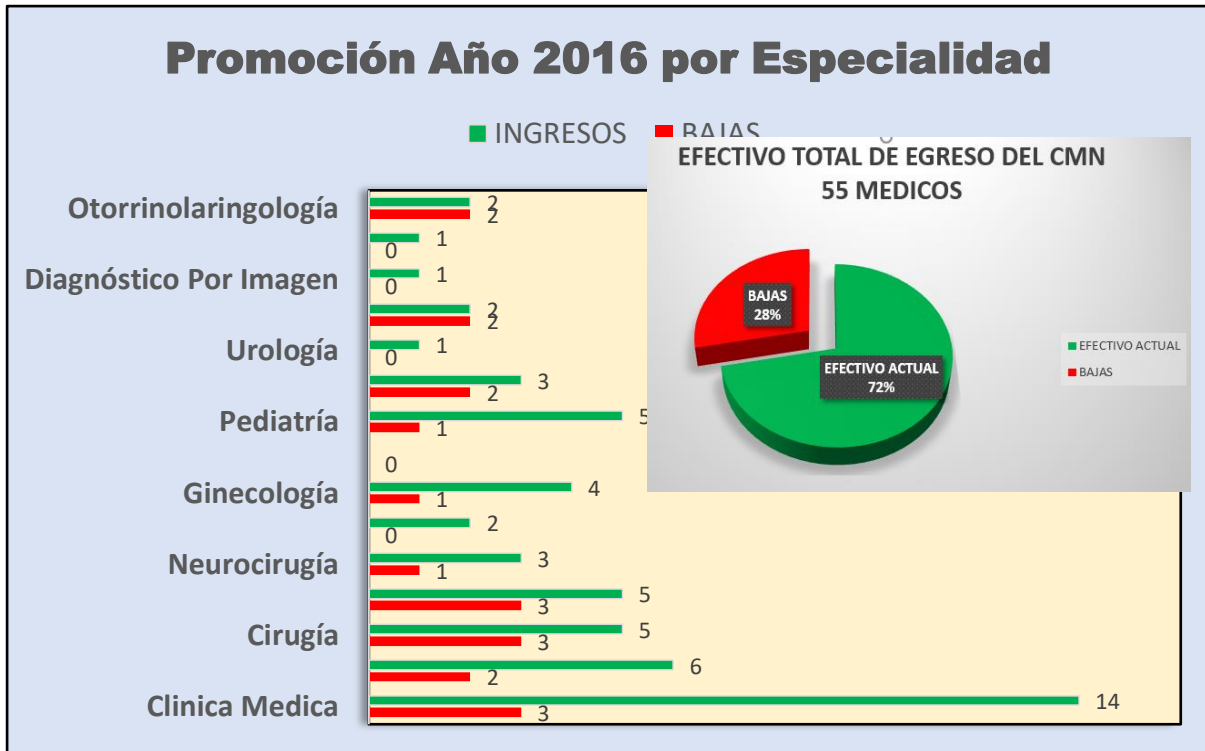
A continuación, se presentará una serie de gráficos en los que se puede apreciar año a año cuáles residencias y en qué proporción se fueron cubriendo. En ellos, vamos a identificar cuántos especialistas se obtuvieron por promoción y cuantas bajas se produjeron a la fecha. Podemos observar en los gráficos la dificultad de la fuerza en obtener el recurso humano necesario de médicos especialistas para cubrir cada una de las especialidades que después decantarán en la necesidad imperiosa de mantenerlos dentro de la fuerza. La baja de los

médicos especialistas es muy difícil de reemplazar, y el sistema cada vez se ve más limitado por la coyuntura de nuestro país y la realidad del sistema de salud, sumado a la problemática de tener que nutrir sus salarios con otros ingresos en el ámbito privado, difícil para la Fuerza incluso de igualarlos. La flexibilidad viene a dar una solución transitoria y de superficial eficacia ya que depende generalmente de las personalidades de quienes ejercen el comando y de las propias necesidades orgánicas de cada unidad en la que los mismos prestan servicios.

En algunos casos, se aprecia un profundo desconocimiento del tema, y una visión sesgada por experiencias personales que llevan a la generalización y la toma de decisiones que no solucionan el problema sino más aún lo agravan. El equilibrio tampoco pareciera ser una frase fortuita, ya que la fuerza cuenta con necesidades orgánicas que no lo permiten la adaptación y exige de sus recursos humanos la máxima entrega de tiempo disponible. Aquí es donde buscar una solución radical pareciera ser la única solución.



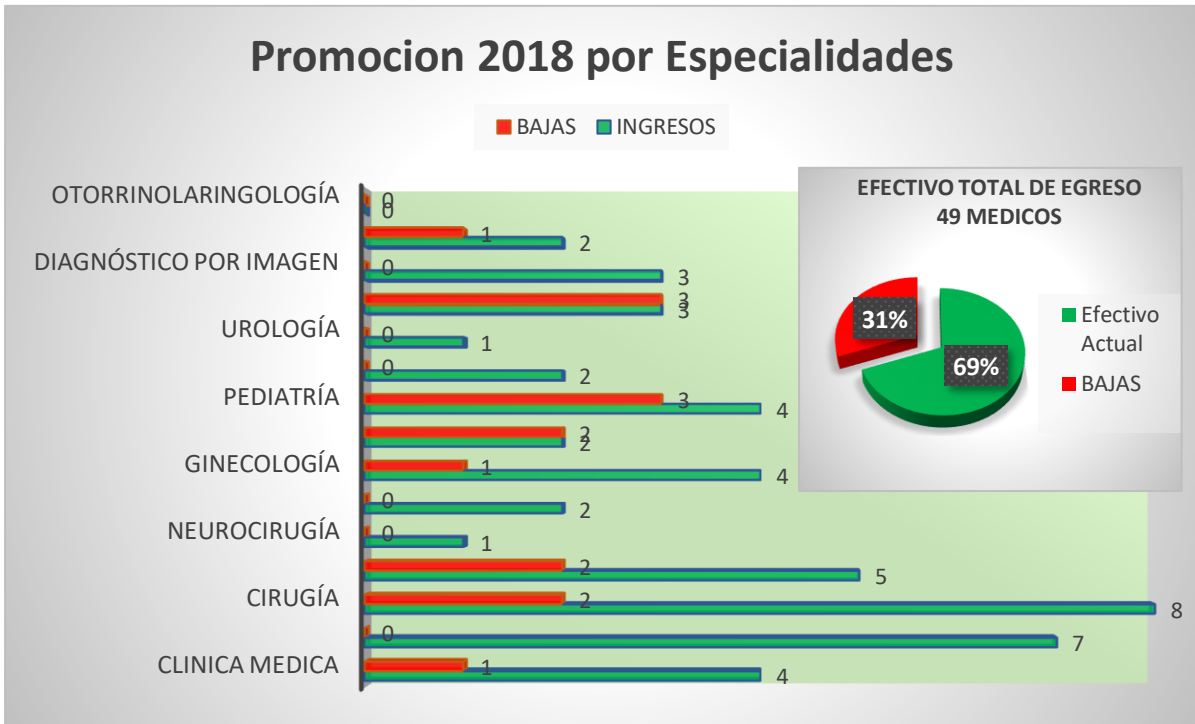
Fuente: Elaboración propia en base a datos otorgados por Asesoría de pases de Sanidad.



Fuente: Elaboración propia en base a datos otorgados por Asesoría de países de Sanidad.



Fuente: Elaboración propia en base a datos otorgados por Asesoría de países de Sanidad.



Fuente: Elaboración propia en base a datos otorgados por Asesoría de pases de Sanidad.



Fuente: Elaboración propia en base a datos otorgados por Asesoría de pases de Sanidad.



Fuente: Elaboración propia en base a datos otorgados por Asesoría de pases de Sanidad.



Fuente: Elaboración propia en base a datos otorgados por Asesoría de pases de Sanidad.

Relación de las teorías motivacionales con la permanencia de los médicos militares en la fuerza

Los factores motivacionales que han estudiado tanto Frederick Herzberg como Abraham Maslow pueden ser significativos en la práctica médica. Aunque estas teorías fueron inicialmente desarrolladas en contextos empresariales, sus principios son aplicables a casi todas las profesiones cuando a los Recursos Humanos nos referimos.

La motivación de los individuos se torna un pilar fundamental que no solo influye en su bienestar psicológico, sino que también impacta directamente en su desempeño y contribución al entorno laboral y especialmente en sus decisiones para lograr sus propios objetivos, en busca de lograr esa satisfacción personal y de autorrealización.

Los médicos militares, al igual que cualquier ser humano, tienen necesidades que se relacionan directamente con esos factores motivacionales, lo que concluye en la toma de decisiones sobre su vida donde el su ámbito laboral es uno de ellos, y es aquí, donde aparece la problemática del trabajo desarrollado hasta el momento, cuando esa decisión es solicitar la Baja voluntaria, provocando serios problemas al sistema.

La palabra “Motivación” proviene del latín *Motivus* o *Motus*, que significa, causa del movimiento. Existen muchas teorías motivacionales aplicables a esta problemática, las más relevantes son la de Abraham Maslow con su jerarquía de necesidades y la de Frederick Herzberg, con sus teorías de los dos factores: higiénicos que evitan la insatisfacción y motivacionales que impulsan la satisfacción.

La pirámide de Maslow: La teoría de la jerarquía de necesidades de Maslow postula que las personas buscan satisfacer sus necesidades en un orden jerárquico comenzando por las más básicas, como las fisiológicas y de seguridad, hasta alcanzar el nivel más elevado de autorrealización.



Abraham Maslow

Figura 4: Abram Maslow (1908-1970) Recuperado de Biografías y vidas.

Esta teoría fue presentada por el psiquiatra y psicólogo estadounidense Abraham Harold Maslow en obras como *Motivación y personalidad* (1954), *Psicología del ser* (1962) y *La Psicología de la ciencia* (1966), el autor postuló que cada individuo tiene unas necesidades jerárquicas -fisiológicas, afectivas, de autorrealización- que deben quedar satisfechas, y que el objetivo fundamental de la

psicoterapia debe ser la integración del ser. Cada nivel jerárquico domina en cada momento de consecución y las necesidades inferiores en la jerarquía (comida, refugio o afecto), en caso de no quedar cubiertas, impiden que el individuo exprese o desee necesidades de tipo superior



Fig. Nro. 5: Pirámide de Maslow. Fuente: niveles de la pirámide de Maslow recuperado de <https://comunicasanamente.wordpress.com/niveles-de-la-piramide-de-maslow>

En la base de la pirámide se encuentran las *necesidades de supervivencia*, las mismas son necesidades fisiológicas como lo son: comer, dormir, respirar; Luego divisamos las *necesidades de seguridad* que permiten la subsistencia: seguridad laboral, el salario, protección física y legal; En otra escala se encuentran *las necesidades de afiliación*: los roles sociales, las

relaciones interpersonales, el amor; Más arriba se presentan las de autoestima, aquí aparecen las *necesidades de reconocimiento* a la trayectoria, al esfuerzo, ser reconocidos por los demás como un individuo útil a la sociedad; y, por último, la *autorrealización*, aquí se encuentra el sentido de la vida, la espiritualidad, el devenir filosófico del ser.

Si aplicamos esta teoría a las necesidades de un médico militar, en cuestiones concretas, la pirámide se mostraría con las necesidades que se detallará en el siguiente gráfico:

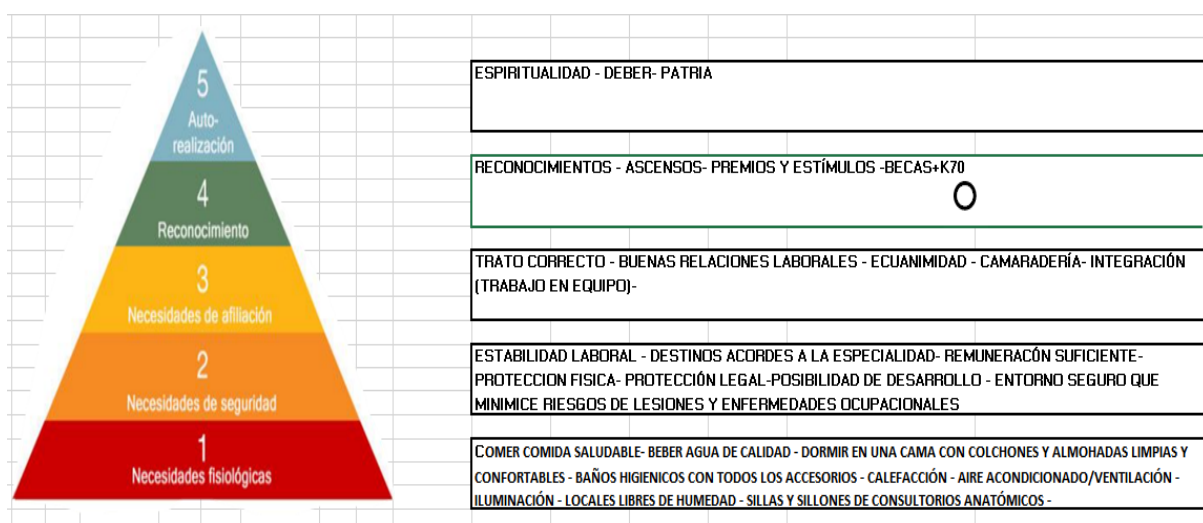


Fig. Nro. 6

Fuente elaboración propia en base a Fernández, T. (2004).

Los dos Factores de Herzberg, El psicólogo Frederick Herzberg propuso la teoría de los dos factores, distinguiendo entre *factores higiénicos* que evitan la insatisfacción y *factores motivacionales* que impulsan la satisfacción y el rendimiento profesional.

LOS DOS FACTORES DE HERZBERG	
FACTORES MOTIVACIONALES (De satisfacción)	FACTORES DE HIGIENE (De insatisfacción)
Contenido del cargo (Como se siente el individuo en relación a su cargo.	Contexto del cargo (Como se siente el individuo en relación condiciones de la empresa.
<ol style="list-style-type: none"> 1. El trabajo en si 2. Realización 3. Reconocimiento 4. Progreso profesional 5. Responsabilidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las condiciones de trabajo 2. Administración de la empresa 3. Salario 4. Relaciones con el supervisor 5. Beneficios y servicios sociales

Si analizamos en base a la Teoría de los factores higiénicos (insatisfacción) y los factores motivacionales (satisfacción), el sistema debe asegurar los factores higiénicos en el entorno laboral, como condiciones de trabajo, compensación y políticas organizacionales, para evitar la insatisfacción. Las condiciones de

trabajo insatisfactorias, como falta de recursos, carga de trabajo excesiva o ambientes desfavorables, pueden generar disconformidad.

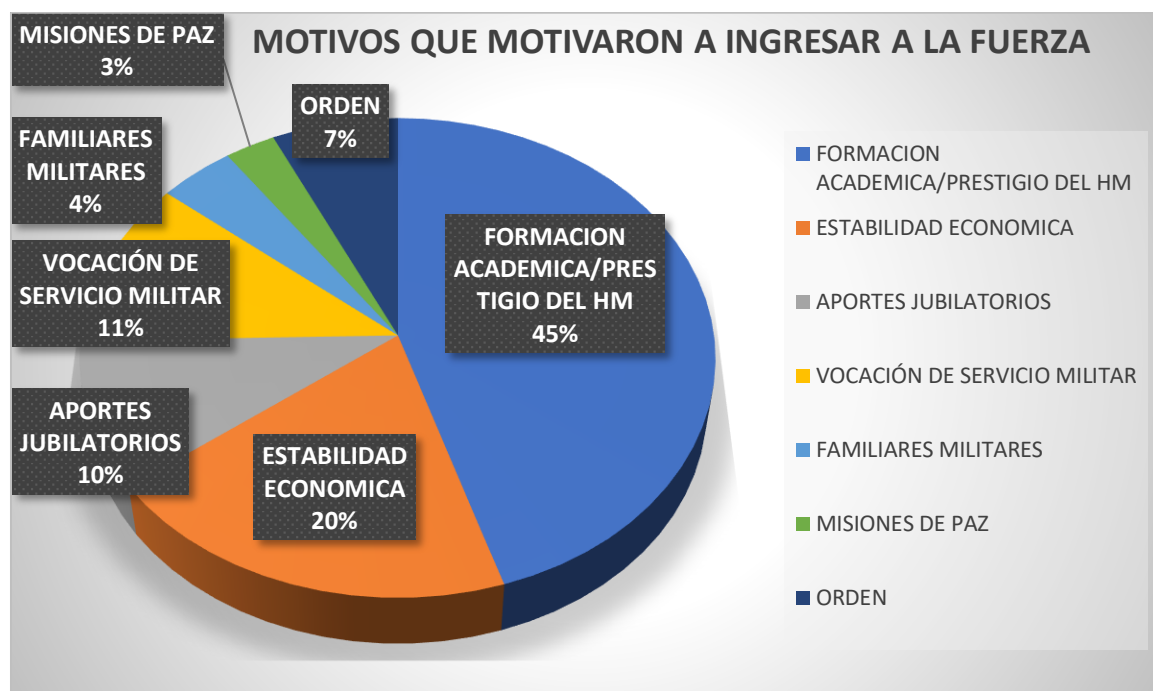
Relacionado a estos factores y teniendo en cuenta los cuestionarios contestados por más de 70 médicos, se aprecia que el 80% manifiesta que la principal falla del sistema está en los factores higiénicos: condiciones laborales, salario, relaciones con los jefes, mientras que un 20% dice ser objeto de manifiesta falta de reconocimientos y de progreso profesional.

En resumen, comprender y abordar las necesidades y motivaciones de los médicos a través de la óptica de Maslow y Herzberg puede tener un impacto significativo en su satisfacción laboral, bienestar y rendimiento profesional. La aplicación efectiva de estas teorías puede contribuir a entornos de trabajo saludables y a una práctica médica más efectiva. A medida que abordamos esta investigación, nos embarcamos en un viaje destinado a desentrañar las complejidades de la motivación en la profesión médica y, en última instancia, a proponer acciones concretas que puedan cultivar un entorno laboral donde los médicos prosperen y brinden una atención excepcional, como esto se aplica a la medicina en el ámbito castrense.

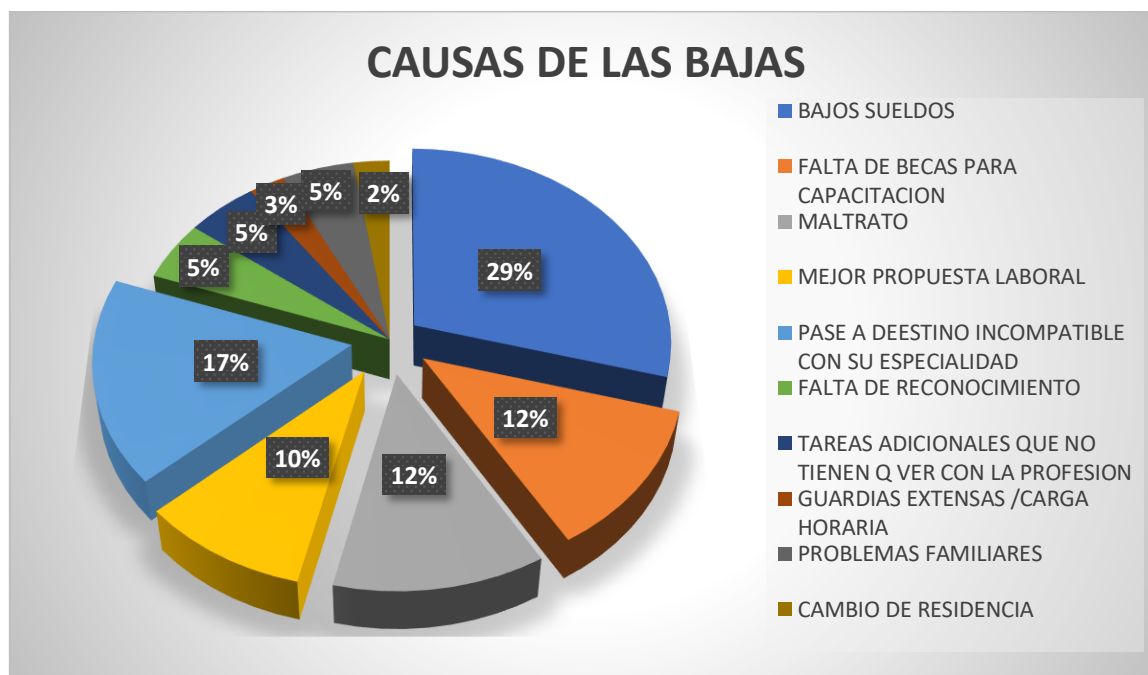
Datos de cuestionarios completados por médicos militares

En el análisis de los cuestionarios ofrecidos para contestar a más de 70 médicos en actividad o que se hayan ido de baja se pudo rescatar los siguientes datos:

A la pregunta: *¿Cuál fue la razón por la cual ingresó a la fuerza?* Treinta y dos médicos que representan un 45% del total encuestado hicieron énfasis en la formación académica que ofrecen las Residencias del Hospital Militar, resaltando el prestigio del mismo, mientras que otros catorce que representan un 20% hizo referencia a la Estabilidad Económica. La mayoría de los médicos en el ámbito privado son Monotributistas o Responsables Inscriptos, pocos trabajan en relación de dependencia, este es un factor de fuerza para el Ejército al momento de captar interesados en realizar la residencia en los Hospitales Militares. El otro 35% se dividió entre aportes jubilatorios, vocación militar, familiares de militares, posibilidad de acceder a misiones de Paz y el Orden de la Institución.



Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario contestado por médicos en actividad y que se han ido de Baja Voluntaria



Fuente: Elaboración propia en base a cuestionario contestado por médicos en actividad y que se han ido de Baja Voluntaria

En el gráfico anterior, podemos observar las respuestas de los médicos que solicitaron la baja, a la pregunta: *En caso que usted haya solicitado la Baja del Ejército ¿Cuál fue la principal causa que lo desmotivó a continuar prestando servicio en la fuerza?*. De los médicos que contestaron el cuestionario, 41 habían solicitado la baja de la fuerza por diferentes causas.

El 29% lo atribuyó a los bajos sueldos, el 17% a Pases a destinos incompatibles con su especialidad, 5 médicos que representarían un 12% manifestaron que fueron por malos tratos en su lugar de trabajo, otro 12% a Faltas de Becas para capacitación, y el 10% a mejores propuestas laborales, el resto se dividió en faltas de reconocimiento al esfuerzo, tareas adicionales que no tienen que ver con la profesión, problemas familiares y cambio de residencia.

Con los datos proporcionados en este capítulo se puede concluir que los médicos ingresan a la fuerza, en principio, por la búsqueda de una formación académica de calidad por el alto prestigio que tienen los Hospitales Militares y, por otra parte, en búsqueda de una

estabilidad económica como se ha comentado anteriormente. Luego, dentro de la fuerza los factores motivacionales tienen un impacto directo en los pedidos de Baja Voluntaria cuando se analizan las causas del éxodo de los médicos militares reflejados por las respuestas dadas en los cuestionarios por ellos mismos.

Si bien la principal causa son los bajos sueldos, es decir, el factor económico, se puede identificar que también influyen a otros factores como el trato diario que reciben en sus puestos de trabajo, la falta de Becas para capacitación, por supuesto, la estabilidad laboral en cuanto a Pases y otros factores sociales, aunque en menor medida.

Capítulo III: Identificar y proponer posibles acciones que permitan incrementar la motivación de los profesionales médicos para permanecer en la fuerza

A lo largo de los capítulos anteriores se comprendió como está armado el sistema de residencias, cuál es la situación del ejército frente a la problemática que genera las bajas voluntarias de los médicos, cuáles son sus variables, sus estadísticas. Se abordó el estudio de los factores motivacionales teniendo en cuenta la jerarquía de necesidades de Maslow y la teoría de los factores Higiénicos (Insatisfacción) y motivacionales (De satisfacción) de Herzberg, en definitiva, en los apartados anteriores se profundizó en el problema y en las causas.

Este capítulo tiene por objetivo identificar y proponer posibles acciones que permitan incrementar la motivación de los profesionales médicos para permanecer en la fuerza. Acciones concretas que, llevadas a cabo de forma conjunta y coordinada, posibiliten una mayor eficiencia que decante en la disminución de médicos que soliciten la baja voluntaria y eleven la curva de efectivos de Médicos Especialistas.

En primer lugar, se debe exponer a los Comandantes y Jefes la difícil situación que atraviesa la fuerza en cuanto a la cantidad de médicos Especialistas disponibles y cuáles son las posibilidades reales de reemplazos. Se deben realizar charlas de concientización con los Jefes de Servicios en los Hospitales militares, los Jefes de unidades de la fuerza, Jefes de las Subunidades Servicios, Subunidades de Sanidad y Secciones Sanidad de las unidades, en cuanto a cuáles son las tareas que un médico Especialista debe realizar, quitando todas aquellas tareas que no le son propias, ni por capacitación, ni por rol que cumplen dentro de la organización.

Se deben tomar serias medidas para mejorar los ambientes laborales en donde desarrollan sus actividades, mejorar ediliciamente las Secciones Sanidad de los cuarteles,

perfeccionar los alojamientos y sectores de descanso. Es necesario que se realice un esfuerzo presupuestario en esta actividad, es importante que el profesional se sienta a gusto con el lugar de trabajo, limpieza, iluminación y modernidad en el mobiliario es, sin duda, un gran paso.

Estricto cumplimiento del descanso pos guardia, salvo caso de fuerza mayor, el cual debe ser concedido inmediatamente se pueda. Un Médico Especialista no deja de ser un ser humano con necesidades básicas a satisfacer y el descanso es una de ellas, es preciso no confundir el suministro de una cama y un cuarto para el descanso mental y físico (propio de un buen ámbito de trabajo) con la adjudicación de un riguroso día de libre para el buen descanso, ya que los médicos de guardia son solicitados muchas veces durante las horas nocturnas interrumpiendo su ciclo del sueño, o más bien, la responsabilidad del servicio que están prestando, los mantienen en alerta en todo momento atentos a la radio o al teléfono que puede sonar con una emergencia, lo que provoca gran cansancio y estrés laboral. El descanso pos guardia debe ser concedido de forma obligatoria, no permitir guardias mayores a 24hs y en lo posible fraccionar el horario a 12hs para tener mayor atención del profesional.

Vivir de guardia, no tener descanso suficiente, alcanzar un techo en lo jerárquico para avanzar en la carrera y carecer de incentivos para la dedicación a la docencia y la investigación están entre las principales deudas. Médicos desbordados que atraviesan situaciones de estrés a diario y perciben sueldos que no rinden explican el éxodo de profesionales (Czubaj, F. 2023).

Evitar tener en los cuarteles y hospitales médicos ociosos o más médicos de los que son necesarios para una actividad, el tiempo para el médico es valioso, por lo que es preferible autorizar su retiro a mantener su permanencia incongruente en el cuartel “por las dudas” provocándole el sentimiento de inutilidad, a su vez, destacar que su valoración individual es casi nula siendo que la empatía juega un rol importante en esta problemática. Recordar que ningún especialista puede solucionar un problema si no tiene los medios necesarios. Como se

ha expresado en los capítulos anteriores, la sanidad funciona como un sistema y en él están los recursos imprescindibles para la atención médica.

En la actualidad, las múltiples facilidades tecnológicas de comunicación, radios, teléfonos celulares, etc., permiten una comunicación más rápida y eficiente, sin embargo, no se debe abusar del empleo de estos, ya que el médico militar va a contestar toda vez que se lo requiera y si las solicitudes fuera del horario de actividades son por falta de planificación de las actividades, o por supuestas urgencias que carecen de peso para serlo, terminan desvirtuando la finalidad de mantener el contacto con la unidad de destino las 24hs. De este modo, la comunicación que debería ser eventual pasa a ser la norma provocando agotamiento del profesional médico. Para evitar que esto suceda los Comandantes/Jefes deben establecer cuáles son los motivos específicos que implican su comunicación con el médico fuera de horario de actividades evitando todo aquello que no sea estrictamente del servicio, teniendo en cuenta que el Médico Especialista no es el médico de cabecera de cada integrante de la unidad. Cuando el personal tiene un malestar durante su franco o descanso, al igual que cualquier ciudadano que tiene una novedad médica, debe concurrir a una guardia médica en un hospital o clínica y emplear al médico Especialista Militar únicamente para las actividades ordenadas o para atender en los Hospitales según corresponda, respetando su descanso.

Hacer lo que “SIEMPRE SE HIZO” no contribuye a evitar o disminuir las Bajas voluntarias de médicos ante esta situación crítica que atraviesa la fuerza. La innovación, bien planificada, bien organizada, coordinada y controlada no debe ser temida, por el contrario, cuanto más motivado se mantenga al personal, mejores resultados obtendrán.

El médico debe participar activamente en el asesoramiento y en la asistencia, ya que es un miembro del Estado Mayor Especial. ROD – 71-01 -1 (2022).

En las unidades donde el Jefe del Servicio Sanidad, eventualmente, sea un enfermero/a, el médico debe concurrir a las reuniones de coordinación con su Jefe. Las capacidades obtenidas con su perfil de egreso profesional para asesorar sobre lo estrictamente médico son ineludibles e irremplazables por otra especialidad y/o servicio ya que tienen una implicancia legal.

El médico responde civil y penalmente por las decisiones médicas que toma, no pudiendo desestimarse de ella alegando que tal o cual resolución sobre el paciente se llevó a cabo porque su Jefe en la jerarquía militar se lo ordenó. La ley Nro 17132 Arte de curar, establece en el art 13 que el ejercicio de la medicina sólo autorizará a médicos, médicos cirujanos o doctores en medicina, previa obtención de la matrícula correspondiente, es decir, que quien desobedeciere, modificare, con dolo o por negligencia una prescripción médica estaría cometiendo una infracción a esta Ley y las consecuencias civiles y penales son graves.

Respetar y jerarquizar al médico militar, evitar menoscabar las decisiones médicas como se expresó en el párrafo anterior, ya que es el médico quien tiene la responsabilidad de lo que firma dentro del servicio y su aval o rechazo debe ser respetado. Más del 85% de los médicos en actividad, de los médicos que han solicitado la baja y que han respondido los cuestionarios han expresado este tema de manera enfática.

El médico debe diagnosticar a los pacientes, debe formular el tratamiento y debe supervisar todas las tareas que sean de preservación para mantener la salud física y mental del personal, evitar dar tareas a los médicos que por especialidad y grado no le corresponden. Ejemplo: Año 2021, en un instituto cuyos alumnos estaban volviendo a clases, el jefe de sección sanidad (Enfermero) ordenó a los médicos tomar todos los días la temperatura en la puerta del cuartel. El médico, cual cajero de supermercado hacia pasar a los 600 alumnos que se encontraban en fila, a un metro de distancia uno de otro, y les tomaba la temperatura con un

termómetro digital tipo pistola. Con esta acción se está haciendo un mal uso del Recurso Humano profesional, el resultado de esa orden fue un malestar de los profesionales, desmotivación, y solicitud de pase de uno de los médicos. En definitiva, el más afectado fue el Instituto que perdió un Especialista tan escasos en este Ejército.

El 95% de los médicos manifiestan que no existe un programa de estímulos por prestar servicios en guarniciones alejadas de las capitales, en lugares donde no existen hospitales militares y por lo tanto, el médico no puede ejercer su especialidad. Esta es la principal causa que provoca las bajas voluntarias ya que cuando al médico militar le informan del pase a esos destinos automáticamente solicita el retiro.

En muchas guarniciones no es posible cubrir la necesidad con médicos de reclutamiento local porque no hay interesados para cubrir esos cargos y la Fuerza, que tiene una necesidad orgánica en esos lugares, se ve obligada a mandar un Médico Especialista indefectiblemente.

Se propone realizar un estudio profundo de factibilidad para establecer, mediante directivas de personal y/o Ordenes Especiales, que el médico que cumpla con determinada cantidad de años en dichas guarniciones, preferentemente mínimo 4 años y máximo 5 años, pueda acceder a un cargo dentro del servicio del causante en un Hospital Militar que sea de su elección. Cabe aclarar, que la asesoría de pases contempla el tiempo que esos profesionales prestan servicios en esas guarniciones alejadas, pese a ello, el cambio de destino y la contemplación de la voluntad del médico en muchas oportunidades se subordina a las necesidades orgánicas y el asesor de pases de sanidad no puede dar cumplimiento a la voluntad del médico militar, provocando una baja y aumentando la presión sobre el sistema.

Si bien las rotaciones son importantes para el desarrollo profesional del personal militar, en el caso de los médicos militares estas deben ser mínimas y tener en cuenta la capacitación previa del causante. Si el destino del profesional cumple sus expectativas personales y no afecta

su permanencia en el destino, no se lo debe rotar, o al igual que se contempla con muchos suboficiales, extender el tiempo máximo de permanencia en el destino.

Otro gran problema manifestado por los médicos que solicitaron la Baja voluntaria es la falta de becas del Ejército para Cursos de subespecialidades y de capacitaciones avanzadas. El Plan Anual de Cursos y Carreras del Ejército destina recursos económicos para cursos en el exterior de Oficiales de Armas y Especialidades sería muy motivante que existieran cursos de interés para la fuerza, en el exterior, para médicos militares y que la selección del personal para realizar esos cursos sea por Concurso, es decir, que las capacitaciones, el estudio y el mérito sea un valor agregado, motive al profesional Médico a postularse y, por lo tanto, permanecer en la fuerza. Claro, que, acompañado a cada curso, se podría establecer un compromiso de servicio por determinada cantidad de años terminada la capacitación y que las consecuencias de no cumplir, renunciar o solicitar la baja voluntaria implique la devolución del dinero o una multa significativa.

Las propuestas realizadas, no deben ser tomadas como una crítica mal intencionada al sistema, sino por el contrario como una propuesta para mejorarlo y que la fuerza siga contando con este Recurso Humano profesional tan importante para el Personal en actividad, en condición de Retiro y para las familias del personal militar.

Las decisiones que se tomen hoy tendrán un impacto a corto, mediano y largo plazo ya que la problemática está afectando seriamente a los servicios en los hospitales militares y la acción debe ser tomadas cuanto antes.

Capítulo IV: Paramédicos, una solución a un problema operativo.

Definición, orígenes y su desarrollo en Argentina.

Los paramédicos son profesionales de la salud, especializados en la atención inmediata en emergencias en un entorno prehospitalario, priorizando la estabilización y del paciente y el traslado al hospital o centro de salud. Generalmente utilizan protocolos de atención como lo es el triage, el cual, es un modo de selección y clasificación de paciente. Se lo utiliza generalmente en lugares de emergencias y/o desastres naturales o en zonas de combate.

Sin hondar en demasía sobre el triage y a solo modo hacer mención al protocolo más utilizado decir que el triage establece 5 niveles de urgencia, en las cuales cada una establece el tipo, el color que se asigna y el tiempo de espera posible del paciente. (Fig Nro 7)

En América Latina, el término “Paramédico” se utiliza para todo aquel que atiende emergencias prehospitalarias sin importar el nivel de capacitación a la cual ha accedido, sin embargo en la unión europea, en EE.UU , Inglaterra, y países como Canadá, Australia, Venezuela, solo se llama “Paramédico” al profesional prehospitalario que tiene el nivel más alto de entrenamiento en emergencias.

CLASIFICACION TRIAGE			
NIVEL DE URGENCIA	TIPO DE URGENCIA	COLOR	TIEMPO DE ESPERA
1	RESUCITACION	ROJO	ATENCION DE FORMA INMEDIATA
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 - 15 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	60 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS

Fig Nro 7: Clasificación de Triage. Fuente: <https://es.wikipedia.org/wiki/Triage>

En Argentina, son profesionales de la salud capacitados para atender emergencias médicas y traumáticas fuera del ámbito hospitalario. La formación de un paramédico en Argentina incluye estudios universitarios o terciarios en instituciones de servicios de emergencia con una duración que va de uno a dos años y medio.

La carrera es ofrecida por varias instituciones en Argentina, de administración pública y privada, como el Instituto Superior Paramédico (ISP), Instituto de Formación en Emergencias Médicas (IFEM), el Instituto Badra, la Universidad siglo XXI, el Instituto San Lorenzo, La Universidad de Buenos Aires (UBA) Facultad de medicina, la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) Facultad de Ciencias médicas, la Universidad de La Plata (UNPL) Facultad de ciencias médicas, Universidad de Belgrano (UB) Facultad de Ciencias de la Salud. Lo cierto es que ya es una realidad en los claustros de altos estudios en Argentina y por lo tanto, una posibilidad emergente que permite cada vez más contar con personal capacitado para llevar adelante las emergencias prehospitalarias y de trauma. Es importante destacar que, en Argentina, la profesión de paramédicos está regulada por la Ley 15094 la cual establece los requisitos y estándares para el ejercicio profesional de los técnicos en emergencias médica y para ejercer como paramédico en Argentina es necesario obtener un título universitario o terciario en una institución reconocida por el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud de la Nación.

Similitudes y diferencia entre Enfermeros y Paramédicos

Ambos, tanto el Enfermeros como el Paramédicos, son profesionales de la salud. El enfermero tiene una formación académica de tres a cuatro años y esta formación está orientada a la atención del paciente con distintos niveles de complejidad y en distintos contextos clínicos,

principalmente, en el marco hospitalario o ambulatorio y siempre bajo la supervisión de un médico de guardia o de cabecera.

Entre sus funciones esta, la atención integral del paciente, la administración de medicamentos, la ejecución de tratamientos, el seguimiento personalizado de pacientes y la educación sanitaria para la prevención de enfermedades. A su vez, el enfermero será auxiliar directo del médico, para conocer las distintas situaciones por las cuales atraviesa un paciente durante su tratamiento.

El paramédico, a su vez, tiene una formación académica de uno a tres años y la formación tiene un enfoque dirigido a la atención prehospitalaria y la emergencia médica. Por lo general, su intervención será rápida y su objetivo principal será la estabilización y traslado del paciente al hospital o centro de salud más cercano.

Estos profesionales de la salud, están entrenados para actuar con cierta autonomía aplicando procedimientos y protocolos de estabilización, pueden administrar medicamentos básicos que permitan obtener una solución en la emergencia.

Cuando realizamos una comparación académica en la formación de los Enfermeros y los Paramédicos, encontramos muchas similitudes, sin embargo, en contexto y las atribuciones y responsabilidades son sensiblemente distintas. Los paramédicos se enfocan en la atención prehospitalaria, atención inicial, en el lugar del incidente o en el traslado al hospital, sus responsabilidades incluyen: Atender emergencias médicas y traumatológicas, realizar procedimientos de soporte vital básico y avanzado, administrar medicamentos y fluidos, transportar el paciente al hospital. Los enfermeros se enfocan en la atención integral del paciente en diferentes contextos de salud, como hospitales, clínicas, centros de salud y comunidades. Sus responsabilidades incluyen: Evaluar el estado de salud del paciente, desarrollar planes de cuidados individualizados, administrar medicamentos y tratamientos

prescritos por un médico, realizar procedimientos y técnicas de enfermería y educar al paciente y su familia sobre el cuidado de la salud del paciente.

La principal diferencia entre ambos esta en el entorno de trabajo. Por lo general, el Paramédico actuará en emergencias con poco tiempo y en un ambiente sumamente crítico, con poca o nula prescripción de un médico aplicando protocolos para la estabilización y el traslado del paciente al hospital. El enfermero tendrá, en lo general un ambiente más preparado para la atención médica, en contextos planificados y clínicos, generalmente supervisado por un médico y con prescripciones de tratamientos y medicamentos.

Los Paramédicos según la ley 15094, pueden administrar medicamentos y fluidos en ciertas situaciones y bajo ciertas condiciones y siempre que estén dentro de sus protocolos de actuación. Pueden realizar procedimientos de soporte vital básico y avanzado, como la reanimación cardiopulmonar, la administración de oxígeno y la inmovilización de fracturas. Sin embargo, los paramédicos no pueden: Prescribir medicamentos, realizar diagnósticos médicos o realizar procedimientos quirúrgicos, si estos no son estrictamente necesarios durante una emergencia.

Los Paramédicos y los ejércitos

La historia de los paramédicos en los ejércitos se remonta a la antigüedad cuando los ejércitos necesitaban personal capacitado para atender a los heridos en combate. En el Imperio Romano, el cual contaba con los ejércitos mas profesionales de la época, podemos encontrar junto a la figura de los “Medici” a los “Capsarii” quienes eran instruidos para proporcionar los primeros auxilios y tratar las emergencias producidas durante las



batallas, clasificar a los heridos, aplicando lo que hoy se conoce como un “triage” para luego, evacuar a los legionarios hacia retaguardia, donde eran recibido por los medicus legionis, medicus coortis o por los medicus ordinarius.

El sistema de salud del Ejército Romano fue tomando mayor relevancia luego de la batalla de los montes Siminies 310 a.c donde la mayor cantidad de bajas se produjo a causa de las heridas sufridas en la batalla. El Emperador Cesar Augusto, fue uno de los principales propulsores del desarrollo de la sanidad en los ejércitos de la antigüedad. Fue Cesar quien organizó grandes campamentos con la distribución que hoy se puede observar en los hospitales para la recuperación de sus tropas. Cesar, al ser un estratega por naturaleza, se ocupó enfáticamente de este aspecto, ya que mostraba a sus hombres la preocupación por ellos, y a su vez, permitía mantener el poder de combate de sus legiones. Aquí aparece los primeros indicios del obrar u de la importancia del personal conocido hoy como “Paramédico” en la estabilización y traslado de pacientes.

Ya en la edad Media, la Iglesia con sus monjes y sus caballeros asumieron la medicina rudimentaria que va a dar bases para la medicina de la actualidad. Era en los monasterios donde se atesoraba toda la literatura de medicina provenientes de los griegos, como los Tratados Hipocráticos de Hipócrates, y de los romanos. Si bien la medicina en la época estaba profundamente influenciada por la religión y las supersticiones su importancia radicaba en mantener la salud de los combatientes.

Para el siglo XI, con la necesidad de cuidar a los peregrinos se crean “Los Caballeros de la Orden del Hospital de San Juan de Jerusalén”, bajo el reinado de Balduino I de Jerusalén.

Los Caballeros Hospitalarios, brindaban los primeros auxilios a los peregrinos y los evacuaban a las precarias instalaciones de salud de la época, en las distintas iglesias y monasterios. En cierto modo, cumplían las funciones de los “paramédicos” de la actualidad.

En la edad Moderna, con los nuevos territorios y culturas descubiertas, se forman los ejércitos nacionales y con ellos, se crean unidades médicas para atender a los heridos.

Comienzan los grandes avances de la medicina y con ello, la concientización y desarrollo de la atención Pre-hospitalaria.

Como en muchos aspectos de la historia los campos de batalla, fueron los maestros en el desarrollo de las técnicas de clasificación de paciente y expusieron la necesidad de contar con personal cada vez, más capacitado en la atención de emergencias. Esto se llevó al ámbito civil, y con el tiempo, las casas de estudios no se quedaron afuera de promover la educación formal de estos profesionales.

En los siglos XIX y XX, se producen grandes avances en medicina, cirugía y farmacología y eso generó naturalmente, la necesidad de servicios médicos militares más especializados. Se consolidaron los equipos de primeros auxilios, se desarrollaron los servicios de sanidad dentro de los ejércitos con un pensamiento sistémico del sistema de salud. Se desarrollaron los medios de evacuación en combate, ambulancias de campaña terrestres y aéreas, en el área de recursos humanos se diferenciaron perfectamente los roles de médicos, enfermeros y auxiliares.

En la actualidad, las naciones más poderosas del mundo, han unido esfuerzos para desarrollar la guerra, en alianzas militares intergubernamental, como es el caso de la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN) o NATO (North Atlantic Treaty organization), en inglés. La cual se formó el 4 de abril de 1949 con la firma del tratado de Washington.

El objetivo es garantizar la seguridad colectiva de sus miembros frente a amenazas externas. El art 5 del tratado, establece que un ataque armado contra cualquiera de sus

miembros se considera un ataque contra todos, lo que activa una respuesta de todos sus miembros de manera conjunta.

En la actualidad la OTAN, cuenta con 32 países miembros, siendo Finlandia (2023) y Suecia (2024), los últimos países en integrar esta coalición.

La medicina en la OTAN tiene la finalidad de brindar atención médica integral a los países aliados, y tiene una estructura conjunta, multinacional y estandarizada. Esta estandarización asegura procedimientos y niveles de atención médica establecidas en las normas conocidas por STANAG.

En campaña posee evacuación por escalones desde el lugar del hecho hasta los hospitales de mayor complejidad.

Son cuatro escalones de complejidad, en el primero de ellos, la atención es inmediata y la realizan médicos y paramédicos de la unidad para luego pasar al segundo escalón donde hay una unidad médica avanzada, con diagnósticos, hospitalización de corta duración, laboratorios y radiología básica. Ya en el tercer escalón aparecen los hospitales de campaña y en el cuarto los hospitales estratégicos.

Los Combat Medical Technicians (CMTs) , como se denominan a los Paramédicos, no son formados de manera centralizada por OTAN, delegando la responsabilidad de la formación, en cada uno de los países miembros, sin embargo, establece estándares mínimos de interoperabilidad, cuyo nombre fue nombrado anteriormente, STANAG.

Los estándares exigen una dura formación con un entrenamiento médico-militar básico que incluye anatomía, fisiología, primeros auxilios, evacuación primaria y secundaria, control de hemorragias, vía aéreas, shock, manejo del dolor, hipotermia, trauma en general, reanimación cardiopulmonar táctica y administración de medicamentos.

Deben haber realizado el entrenamiento internacional obligatorio de OTAN, que se divide en tres etapas: Atención bajo fuego (Care under fire), atención en campo táctico (Tactical field care) y atención durante la evacuación (Tactical evacuation care).

A su vez, deben realizar simulaciones en escenarios con fuego real y estrés controlado, uso de maniqués de trauma y evacuaciones de acuerdo a los protocolos de MEDEVAC.

Se les realiza una evaluación física y psicológica que implica alta resistencia al agotamiento físico, toma de decisiones bajo presión, y trabajo en equipo en ambientes hostiles.

Cada país miembro establece como se desarrollará el curso y cuanto duraran. En EE.UU se denomina curso de “Especialista en medicina de combate del Ejército” (Army Combat Medic Specialist), y dura 16 semanas más un entrenamiento avanzado, mientras que en el Reino Unido, el curso se denomina “Técnicas médicas de combate” (Combat Medical Technician), y dura 26 semanas, incluye un curso clínico y táctico. En España se denomina “Paramédico militar”, tiene tres etapas: básico, intermedio y avanzado y dura 5 meses.

“Paramédicos Militares: Una solución Operativa ante la escasez de Profesionales Médicos en la Fuerza”

La profesión militar conlleva una multiplicidad de riesgos para el personal, tanto en las actividades operativas, como en las provenientes de educación y adiestramiento.

En este marco, la actividad de tiro representa uno de los mayores desafíos en materia de seguridad, ya que cualquier incidente puede traducirse en lesiones con un daño significativo en la integridad física del personal. Por esta razón la Fuerza, ha establecido la presencia física imperiosa de un médico ante este tipo de actividad, generando una necesidad de médicos en las unidades operativas y una servidumbre logística difícil de satisfacer desde el punto de vista

de la función de personal “Administración de Personal”, esta problemática se produce por la escasez de médicos militares como se ha expresado en los capítulos anteriores.

En este contexto, se propone como solución estratégica la implementación de una formación articulada entre la Licenciatura en enfermería y la capacitación como Paramédico Militar.

Actualmente, los oficiales que egresan del Colegio Militar de la Nación (CMN) en la carrera de Enfermería lo hacen con el Título de Licenciados en Enfermería, proveniente del Plan de carrera aprobado por la “Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU)” conforme al Art 43 de la Ley 214521- Ley de Educación Superior.

Teniendo en cuenta ello, no sería comenzar de cero. Si se incorporaran contenidos específicos y una carga horaria adicional que permitiera certificar también la formación como paramédico, estos oficiales podrían desempeñar un rol clave en el ámbito operativo, cumpliendo con las funciones que hoy recaen en los Médicos Especialistas en las unidades del interior o alejadas de los centros de salud.

Esta transformación generaría múltiples beneficios a la Fuerza. En primer lugar permitiría que se pueda recuperar a los médicos desplegados en las unidades operativas asignándolos a los distintos Hospitales Militares, donde los mismos pueden ejercer su Especialidad con todo el sistema sanitario a disposición.

Esta disposición impactaría positivamente en la estructura fortaleciendo el sistema de salud militar, mejorando la calidad de atención, reduciendo los tiempo de los turnos y principalmente contribuyendo a revertir la tendencia de bajas voluntarias de Médicos Militares Especialistas, problema crítico que afecta a la sostenibilidad del recurso humano calificado.

Desde el punto de vista de la cultura organizacional y relacionado y en relación con las funciones de Personal, especialmente disciplina, ley y orden, esta decisión institucional

contribuiría de manera significativa porque aportaría claridad estructural, permitiendo mantener la disciplina.

Actualmente, en algunos casos, se observa que médicos militares deben responder a órdenes emanadas de enfermeros militares que ostentan mayor antigüedad en la jerarquía militar, lo cual contradice la lógica tradicional la medicina y la administración hospitalaria, afectando la moral de los Médicos Militares, incluso hiere susceptibilidades cuando el Jefe de Sección Sanidad es un Oficial Médico de jerarquía moderna y tiene a sus órdenes Oficiales más antiguos Enfermeros y aquí se produce un roce que podría evitarse con esta decisión institucional.

Al Profesionalizar y jerarquizar al Oficial Enfermero, brindándole el Título adicional de Paramédico dentro de un esquema operativo funcionalmente equilibrado y coherente con la cadena de mando, se estaría contribuyendo a tener una sanidad más eficiente y con menos pérdida de recursos humanos.

Esta decisión estratégica, debe ser acompañada de un programa de estímulo, que permita la capacitación permanente de los médicos de la fuerza, y la recompensa económica pertinente por alcanzar nuevas competencias que sean de interés para la fuerza. El médico debe tener desafíos a lo largo de su carrera que lo incentive a permanecer en las filas de la institución.

La carrera del médico militar debe ser revisada y adaptada a los nuevos desafíos de la institución, permitiendo a lo largo de los años obtener paulatinamente beneficios que haga naturalmente extender su deseo de permanecer en la fuerza.

Se propone, estudiar dentro del ámbito de las políticas salariales, prever estímulos económicos para aquellos, que “eventualmente” y por necesidad imperiosa de la fuerza deban ser destinados fuera del ámbito de los hospitales militares.

Finalmente, la concreción de esta propuesta requiere la conformación de una comisión técnica especialista, integrada por personal académico, autoridades militares y especialistas en salud que puedan contribuir al diseño curricular estableciendo los estándares y permitiendo una nueva acreditación de la CONEAU.

Esta propuesta, sin lugar a dudas, ofrece una solución estratégica estructural a la escasez de médicos militares y optimiza el recurso humano en salud disponible en la fuerza.

Conclusiones Finales.

A lo largo de este trabajo se ha abordado una problemática tan compleja como de urgente atención: la creciente tendencia de bajas de médicos militares una vez culminada su etapa de formación como especialista.

Se ha demostrado que esta situación compromete seriamente la capacidad operativa del Ejército Argentino, afectando tanto al funcionamiento de los hospitales militares como a la cobertura sanitaria de las unidades operativas desplegadas a lo largo y ancho del país. Pero más allá, de la realidad evidente y de conocimiento para quienes ejercen el comando en la fuerza, este estudio ha procurado identificar académicamente las causas estructurales que alimentan esta problemática, como así también, proponer acciones concretas y realistas, sostenibles en el tiempo y que permitan disminuir las bajas voluntarias de los médicos militares y así revertir la tendencia.

Los datos estadísticos analizados permiten ver con claridad el descenso preocupante en el número de médicos especialistas en servicio. Se pasó de 1.480 médicos en el año 2015 a tener alrededor de 1.038 en la actualidad, lo que representa una disminución de un 30% en 10 años y con una tendencia significativa a la baja, sin mayor análisis en lo que va del año el HMCM ha perdido 12 médicos militares especialistas y la ESESC ha perdido 4 médicos especialistas militares y así sucesivamente en los distintos hospitales militares y unidades operativas, lo cual, es por lo menos crítico y preocupante, más teniendo en cuenta las necesidades de apoyo requeridas por la fuerza.

Esta reducción se traduce en la sobrecarga del personal activo, la imposibilidad de cubrir las vacantes de residencias, el cierre de servicios en los hospitales militares, el riesgo de llegar a un punto de no retorno que no le permita a la fuerza poder reaccionar tanto en tiempos de paz como ante un eventual conflicto armado. Sumado a que la sociedad espera de sus Fuerzas

Armadas respuestas concretas ante desastres naturales como se viene dando en los últimos tiempos.

Desde un enfoque integral, se ha argumentado que la deserción no se explica únicamente por factores económicos, si bien los bajos salarios afectan a toda la fuerza y por lo tanto tienen un peso determinante.

La aplicación de las teorías motivacionales de Maslow y Herzberg desarrolladas en clase durante la cursada de las materias de la especialización han permitido identificar otras causas no menos importantes: el mal clima laboral, según los resultados de los cuestionarios realizados, algunos médicos señalaron que en determinados destinos las condiciones de descanso durante las guardias podrían mejorarse.

Se mencionaron aspectos como la falta de agua caliente, climatización adecuada, mobiliario confortable, espacios para pertenencias personales, provisión de uniformes en buen estado, racionamiento acorde y disponibilidad de insumos médicos. Si bien no se trata de una situación generalizada, estas condiciones impactan en la calidad del entorno laboral y constituyen un factor a considerar dentro de las acciones de mejora para fortalecer la permanencia del personal médico de la Fuerza.

Otro aspecto que se pudo identificar fue la falta de estímulos para la formación continua, la rigidez en los pases a destinos poco compatibles con la vida profesional y familiar de los médicos, la inexistencia de programas específicos de incentivos y reconocimiento y la escasa previsión en el plan de carrera para los médicos especialistas dentro de la estructura militar.

En este sentido se subrayado con énfasis que la permanencia de los médicos militares en la institución no debe pensarse desde una lógica homogénea, como si se tratara de un oficial de las armas o de intendencia. La especificidad de su formación, sus responsabilidades legales y éticas, y su inserción profesional dentro y fuera de del ámbito militar exige un tratamiento

diferencial y específico. No se trata de establecer privilegios por sobre el resto de las armas y especialidades, sino de construir un modelo de gestión del recurso humano acorde con la naturaleza del personal médico.

Las propuestas de este trabajo apuntan a mitigar el éxodo desde una multiplicidad de frentes: mejorar las condiciones laborales en cuarteles y hospitales, garantizar el descanso post-guardia, evitar sobrecargas innecesarias, ofrecer becas competitivas para formación avanzada, diseñar un plan de estímulo concreto para guarniciones alejadas y, sobre todo, jerarquizar institucionalmente el rol de médico militar en su justa dimensión. A su vez, se destaca el potencial estratégico de incorporar a la formación de los oficiales enfermeros el título de Paramédicos con nuevos roles y responsabilidades en la estructura militar, liberando así a los médicos especialistas para la atención médica en los hospitales militares.

En definitiva, este trabajo sostiene que el problema de fondo es de Gestión de los Recursos Humanos en un contexto cambiante, con una demanda creciente de atención sanitaria y con un mercado laboral civil cada vez más competitivo. El Ejército Argentino debe actuar con inteligencia organizacional y sensibilidad institucional para conservar y motivar a su personal médico. No es un desafío imposible, pero exige compromiso, inversión y una mirada estratégica a mediano y largo plazo.

El recurso más sensible con el que cuenta la Fuerza son sus hombres y los médicos militares son un eslabón fundamental para cuidarlos. Es preciso que la fuerza no llegue jamás al punto de no retorno, con políticas institucionales que ataquen esta problemática dejando de lado sesgos personales y con una visión sistémica e institucional. Cuidar al médico militar es cuidar a la Fuerza.

Referencias.

ARAYA CASTILLO, L; PEDREROS GAJARDO, MARGARITA (2009) ANÁLISIS DE LAS TEORÍAS DE MOTIVACIÓN DE CONTENIDO: UNA APLICACIÓN AL MERCADO LABORAL DE CHILE DEL AÑO 2009. Revista de Ciencias Sociales (Cr), vol. IV, núm. 142, 2013, pp. 45-61 Universidad de Costa Rica San José, Costa Rica

ANON. K (1973). "William Stewart Halsted (1852-1922)." CA Cancer J Clin 23(2): 94-95. Historia de la medicina. Rescatado de

BERNARDO HOUSSAY (1887-1971) Médico Argentino, Premio Nobel de Filosofía y Medicina

BORRELL BENTZ, M (2005) La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa - 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2005. Rescatado de: <https://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/pub61.pdf>

CONEAU (2022) Posgrado acreditados en la República argentina. Recuperado de

CZUBAJ, F: "Está en riesgo la seguridad del paciente" (18 de mayo 2023). La Nación. Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/esta-en-riesgo-la-seguridad-del-paciente-exodo-de-medicos-y-servicios-de-menor-nivel-en-un-sistema-nid18052023/#/>

EJERCITO ARGENTINO (2004) Logística de Personal (ROD-19-01). Buenos Aires, Argentina: Departamento Doctrina

HOUSSAY (S/D) "La problemática de la educación médica de posgrado: sistema de residencias médicas.

MANETTI CUSA F., (2022), La educación médica de posgrado: El sistema de residencias médicas. Profesorado Universitario, ESG.

SOPRANO, G. (2021). Formación y perfil profesional de los médicos del Ejército Argentino a principios del siglo XX. Trabajos y Comunicaciones (53), e133. Rescatado de <https://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyCe133/13167#:~:text=La%20historia%20de%20la%20medicina%20e%20historia%20militar%20reconoce%20como,Instituto%20M>

Leyes.

Estado Nacional. (1967). *Arte de Curar - Ley Nro 17.132*. Buenos Aires, Argentina: Congreso de la Nación Argentina.

Estado Nacional. (1979). *Sistema Nacional de Residencias de la Salud- Ley Nro 22.127*. Buenos Aires, Argentina: Congreso de la Nación Argentina.

Decretos.

Estado Nacional. (2006). *Decreto del Poder Ejecutivo Nacional Nro 50/19 - Estructura Organizativa*. Buenos Aires, Argentina: Congreso de la Nación Argentina.

Estado Nacional. (2006). *Decreto del Poder Ejecutivo Nacional Nro 50/19 - Estructura Organizativa*. Buenos Aires, Argentina: Congreso de la Nación Argentina.

Estado Nacional. (2009). *Decreto del Poder Ejecutivo Nacional Nro 1161/2009 - Estructura Organizativa*. Buenos Aires, Argentina: Congreso de la Nación Argentina. Monto para asignación de Becas.

Resoluciones.

Resolución 450/2006. Ministerio de Salud y Ambiente. Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo de Salud-Creación.

Sitios de Internet.

<https://www.historiadelamedicina.org/halsted.html>

https://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/09/130902_salud_piramide_maslow_aniversario

Fernández, Tomás y Tamaro, Elena. «Biografía de Abraham Maslow». En *Biografías y Vidas*. La enciclopedia biográfica en línea [Internet]. Barcelona, España, 2004. Disponible en <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/m/maslow.htm> [fecha de acceso: 12 de octubre de 2023].

<https://comunicasanamente.wordpress.com/niveles-de-la-piramide-de-maslow/>